أساسيات الدمج التربوي

د. ناريمان عبادة



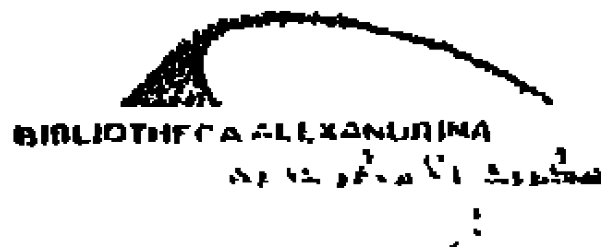
أساسيات الدمج التربوي

أساسيات الدمج التربوي

د. ناريمان عبادة

الطبعة الأولى

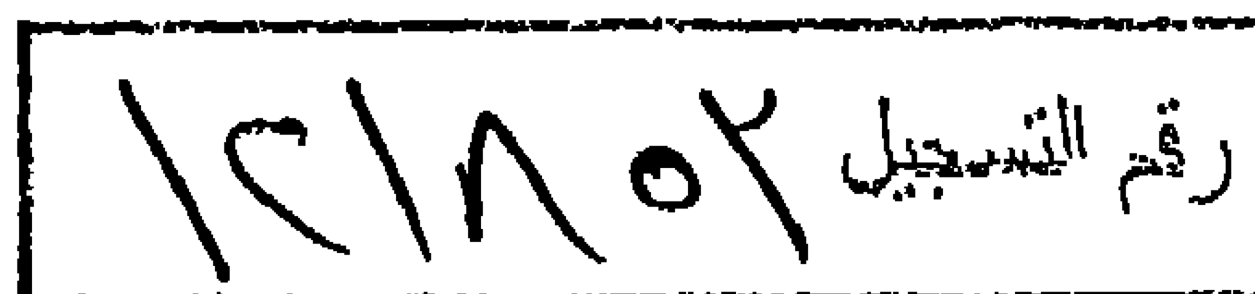
2016م





دار امجد للنشر والتوزيع





المملكة الأردنية الهاشمية

رقم الإيداع لدى دائرة المكتبة الوطنية

(2014/12/5900)

371.39

عبادة ، ناريمان سلامة.

اساسيات الدمج التربوي / ناريمان سلامة عبادة.- عمان ، دار امجد للنشر والتوزيع 2014.

( ) ص

ر.إ: 2014/12/5900

الواصفات: ادارة الصف// الطلاب// طرق التعلم /.

ISBN 978-9957-99 -056-5 (ردمك)

دار امجد للنشر والتوزيع

عمان- الأردن- شارع الملك حسين مقابل مجمع الفحيص

جـوال: 0796914632 - 0799291702

هاتف: 4652272 فاكس 4653372

dar.almajd@hotmail.com

dar.amjad2014dp@yahoo.com



المقدمة

جميعنا يدرك أن للأطفال المعاقين الحق الكامل في التعليم والمشاركة الفاعلة في الحياة، بغض النظر عن جنسه وعمره وقدراته، ولمساعدتهم على تحقيق هذا الهدف لا بد من دمجهم في المدارس العامة، لأن ذلك يعمل على تنمية مداركهم، وعلى توفير بيئة تربوية ومعيشية أقرب ما تكون إلى البيئة الطبيعية.

الدمج الصحيح يتيح للأطفال ذوي الإعاقات أن يكونوا أعضاء فاعلين في مجتمعهم، بدلا من أن يكونا عالة عليه إذ إن دمج الأطفال المعاقين في المدارس مع أقرانهم غير المعاقين سيساعدهم على تكوين صداقات، وسيزيد إحساسهم بالانتماء إلى المجتمع، الأمر الذي سيؤدي إلى تحفيزهم، وتنمية قدراتهم من ناحية، وسيغير من ناحية أخرى، نظرة الأطفال غير المعاقين إلى الإعاقة، حتى تترسخ قناعات

جديدة بأن المعاقين أيضًا يمتلكون القدرات التي تؤهلهم للاعتماد على أنفسهم.

في هذا الكتاب ندرس معنى الدمج التربوي وفوائده والأسس الصحيحة التي يقوم عليها الدمج حتى يكون نافعا وفعالا ولا يصحبه تأثير سلبي على من ليس لديهم إعاقات عند دمج الأطفال ذوي الإعاقات في نفس الفصول الدراسية.

كما تناول الكتاب بشيء من التفصيل بعض أنواع الإعاقات التي يعمل الدمج بشكل إيجابي في تدريس الأطفال الذين يعانون من تلك الإعاقات ولعل من أهم هذه الإعاقات التي تحتاج إلى عملية الدمج: اضطرابات التوحد ، الإعاقات السمعية والبصرية.

الفصل الأول

مفهوم الدمج وعناصره

أولا: تعريف الدمج

هو التكامل الاجتماعي والتعليمي للأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة والأطفال الأسوياء في الفصول العادية ولجزء من اليوم الدراسي على الأقل.

وهذا التعريف يرتبط بوجود الطالب في الصف الدراسي بالمدارس العادية لجزء من اليوم الدراسي، كما يرتبط بالاختلاط الاجتماعي المتكامل.

ومن خلال ذلك التعريف تتمكن جمعيات تنمية المجتمع المحلي أن تساهم في توفير عناصر أساسية تكون دعامة لتعليم وتأهيل المعاقين ذهنياً حيث وجود القاعات والفصول الدراسية، الملاعب والمسارح، ولا يخفي علينا أن جمعيات تنمية المجتمع تمتلك المقومات، ويمكن أن تحدث تكامل في عملية تقديم الخدمات بأكثر من وسيلة مثل.

١- توفير مقاعد دراسية داخل فصول التقوية بالجمعيات لاستيعاب المعاقين ذهنياً من الفئة المتوسطة والبسيطة القابلة للتعليم والتدريب.

٢- اشتراك المعاقين ذهنياً وأسرهم في الرحلات التي تنظمها الجمعيات وتكون مجانية إذا لزم الأمر أو بسعر رمزي.

٣- تدريب وتأهيل المعاقين ذهنياً على بعض المهن مثل أعمال التريكو والطباعة داخل مقر الجمعية والورش المحمية.

٤- تشغيل نسبة من المعاقين ذهنياً داخل الجمعية.

ومن خلال هذا تتمكن الجمعيات الأهلية من المساهمة في التكامل في عملية الرعاية وتكون دعامة أساسية في نجاح سياسة الدمج المجتمعي.

ثانيا:متطلبات الدمج وعناصره الرئيسية

عند شروعنا بتطبيق الدمج وفي سعينا لأن نجعل المدرسة العادية مدرسة للجميع قد يتبادر لأذهاننا إما أنها عملية سهلة وميسرة أو قد ينتابنا الكثير من الخوف والقلق من إمكانية الفشل .

والحقيقة التي لا مجال لشك فيها أن عملية الإدماج ليست عصا سحرية نحركها يمينا ويسارا لتحقيق المفاجأة بل أنها خطوة جادة وهامة تحتاج كغيرها من استراتيجيات التعليم إلى التخطي والدارسة المسبقة وعدم الاندفاع والتهور.

ولكي يسير الدمج لا بد من الاستعداد له أولاً وقد يكون من المفيد اتخاذ الخطوات الأولية التالية :

١. زيارة عدد من المدارس التي تطبق الدمج للإطلاع على وضع الدمج عن كثب والتعرف على العاملين في تجربة الدمج.

٢. قراءة الأبحاث الحديثة في مجال دمج المعوقين.

٣. إعداد قائمة بفوائد ومعوقات الدمج المحتملة في مدرسة.

٤. إذا لم يسبق العمل في مكان يطبق الدمج تبدأ التجربة بخطوات بسيطة.

٥. تحديد الأفكار العلمية المناسبة نحو الدمج.

وللدمج أيضا متطلبات لابد من استيفائها لتحقق له النجاح بموضوعية :

١. نوفر الدعم النظامي والقانوني لضمان التعليم الشامل للأطفال المعوقين في المدارس العادية.

٢. التخطيط المسبق للدمج وتحديد أهدافه والفئات التي سيشملها.

٣. الاختيار الملائم للمدرسة التي سيتم تطبيق الدمج بها انطلاقا من حاجات الأطفال الذين سيتم دمجهم.

٤. توفير مصادر الدعم والمساندة المادية والبشرية للمدرسة.

٥. الاختيار الملائم للأطفال المعوقين الذين ينوي إدماجهم.

٦. الاختيار المناسب للمعلمين الذين سيتعاملون مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

٧. التهيئة المسبقة لجميع العاملين في المدرسة وللأطفال العاديين و أولياء أمورهم.

٨. التعاون مع أولياء أمور الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة لكي يشاركوا في المراحل المختلفة للبرنامج.

٩. توفير الأدوات والوسائل والاحتياجات المختلفة التي تدعم خطط الدمج في المدارس العادية.

١٠. توفير نظام تسجيل مستمر لقياس مدى نمو الطالب في مختلف الجوانب.

١١. السير تدريجا في عملية الدمج و إتباع منحى واقعي في التغيير.

وفيما يلي تعرض بمزيد من التفصيل للشروط التي يجب مراعاتها عند اختيار الأطفال، وعناصر يجب مراعاتها في اختيار المدرسة التي سيتم تطبيق الدمج بها وعناصر يجب مراعاتها في اختيار المعلم أو المعلمة وكذلك العناصر التي يجب مراعاتها في برنامج الدمج نفسه.

أسس اختيار الأطفال المعوقين للدمج:

١. أن يكون الطالب ذو الحاجات الخاصة من نفس المرحلة العمرية للطلبة في المدرسة العادية.

٢. أن يكون الطالب ذو الحاجات الخاصة ، من سكان نفس البيئة أو المنطقة السكنية التي تتواجد فيها المدرسة وذلك تجنبا لصعوبة المواصلات والتكيف البيئي.

٣. أن لا يكون هناك إعاقة حركية أو حسية إلى جانب الإعاقة العقلية.

٤. يشترط في الطالب ذو الحاجات الخاصة أن يكون قادرا على الاعتماد على نفسه وخاص في مهارات العناية بالذات ، كاستخدام الحمام وارتداء الملابس وتناول الطعام بدون مساعدة الآخرين.

٥. يشترط موافقة أولياء أمور الأطفال المعوقين على إدماجهم في المدارس العامة لضمان تعاونهم ومشاركتهم في إنجاح البرنامج.

٦. أن تكون لدى الطفل القدرة على التأقلم مع ظروف ونظام المدرسة ويتم التأكد من ذلك بعد عرض الطفل على لجنة مكونة من: مدير المدرسة - الأخصائي النفسي - معلم الطفل - الأخصائي الاجتماعي – وأخصائي قياس وتقييم.

عناصر يجب مراعاتها في اختيار المدرسة العادية :

أولا : توفر التقبل والرغبة في التعاون والالتزام بالبرنامج من قبل مدير المدرسة بشكل رئيسي ومن قبل العاملين في هذه المدرسة من معلمين وإداريين ومستخدمين، وقد يكون من المناسب زيارة المدرسة مسبقا والإجماع بالجهاز الإدارية والعاملين بها شرح ما يتعلق ببرنامج الدمج ومعرفة نوع الفئة وهي الإعاقة السمعية وخصائصها وكيفية التعامل معها والفئات التي سيتم دمجها وما يتوقع من المدرسة القيام به والتعديلات التي سيتم تنفيذها.

و لربما يصبح بالإمكان تعديل الاتجاهات السلبية إلى أكثر ايجابية من خلال ما يلي:

- الدورات التدريبية التي يمكن عقدها للعاملين في المدرسة.
- الزيارات المتبادلة بين العاملين في المدارس العادية ومدارس التربية الخاصة لتبادل الخبرات.

وقد أمدت الكثير من الأبحاث على إن إعداد المعلمين العاديين إعداد مناسبا يساهم بشكل كبير في تغيير اتجاهاتهم نحو المعاقين .فمن المهم إعدادهم بحيث يصبحوا قادرين على :

١. فهم التعريفات المختلفة للإعاقة وكيفية تشخيصها أو التعرف عليها معرفة القوانين المختلفة المهتمة بالمعوقين.

٢. معرفة الخصائص المختلفة والحاجات الأساسية الخاصة بكل فئة من فئات المعوقين، وذلك من خلال تعلم كيفية تطبيق بعض أساليب

القياس اللازمة لتحديد الحاجات التربوية والاجتماعية والنفسية للطلاب المعوقين.

٣. معرفة كيفية إجراء ما يلزم من تعديلات في طرائق التدريس ، أو في المناهج الدراسية بحيث يمكن مواجهة الحاجات الخاصة للمعوقين

٤. معرفة أساليب توجيه و إرشاد الطلاب العاديين ، بما يساعدهم على تقبل أقرانهم المعوقين ، كما يساعدهم على توفير القدوة الحسنة التي يمكن أن يحتذي بها المعوقين .

٥. معرفة كيفية التعامل بفاعلية مع أولياء أمور المعوقين ، وزملائهم المدرسين العاملين في مجال التربية الخاصة.

٦. التقبل الايجابي غير المشروط لجميع الطلاب بغض النظر عن إعاقتهم.

٧. إتاحة الفرص والبرامج والأنشطة المناسبة لتفاعل الطلاب المعوقين مع أقرانهم العاديين بحيث تؤدي إلى تقبلهم لبعضهم البعض.

ويتطلب ذلك أيضا العمل على تغيير اتجاهات كل من يتصل بالعملية التربوية من مدرسين ومدراء أو موجهين أو موظفين وإداريين وتلاميذ و أولياء أمور نحو الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ، بحيث يسهمون بصورة ايجابية في نجاح إدماجهم كما اقترح بيان "سلامنكا" الخاصة بمبادئ وسياسات تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة، جملة من الإجراءات فيما يتعلق بإعداد المعلم ومنها:

- التركيز في برامج إعداد المعلمين قبل الخدمة على تطوير المواقف الإيجابية تجاه الأطفال ذوي الحاجات الخاصة
- التأكيد على ان المهارات والمعارف اللازمة لتعليم هؤلاء الأطفال في ذاتها المهارات والمعارف المطلوبة للتعليم الجيد.
- الاهتمام بالتعامل مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.
- تنظيم و توفير المواد المكتوبة للمديرين والمعلمين ذوي الخبرة الواسعة ليقوموا بدورهم في دعم وتدريب المعلمين الأقل خبرة.

- تنفيذ برامج التدريب أثناء الخدمة المنظمة والفعالة لجميع العاملين.
- دمج برامج إعداد معلمي التربية الخاصة في برامج إعداد التربية الخاصة في برامج إعداد معلمي الصفوف العادية.
- الابتعاد قدر الإمكان عن التدريب التصنيفي الموجه نحو فئة إعاقة بعينها.
- قيام الجامعات ومعاهد التعليم العالي بأجراء ومعاهد التعليم العالي بإجراء البحوث وتنفيذ البرامج التدريبية.
- إشراك الأشخاص المعوقين المؤهلين في النظم التعليمية ليكونوا نموذجا يحتذي ومثلا يقتدى به.

ثانيا : إذا توفر القبول والاستعداد للتعاون لدى مدير المدرسة والجهاز العامل لها يجب هنا التوجه نحو أولياء الأمور وذلك من خلال مجلس الإباء أو الأمهات الخاصة بالمدرسة أو من خلال دعوة توجهها

المدرسة لأولياء الأمور وذلك لبحث ومناقشة البرنامج معهم للوصول إلى قناعة حول فكره إدماج أطفال معوقين مع أطفالهم في المدرسة.

ثالثا: بعد أن يتم تحقيق الهدف السابق ، يتم التوجه إلى مجموعة الطلاب أنفسهم والتأكيد من استعدادهم لتقبل مجموعة من الأطفال المعوقين بينهم واستعداد عن لتعاون والعمل على مساعدة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة على التكيف

يجب إعطاء طلاب المدرسة العادية فكرة شاملة عن مجموعة الأطفال المزمع إدماجهم وخصائصهم وقد يتم ذلك من خلال المحاضرات وعرض الأفلام والزيارات المتبادلة.

رابعا: تكييف المناهج الدراسية تعدليها بحيث لا يتوجب إغفالها بل يجب اعتبارها واحد من الأعمدة الأساسية التي يتوقف عليها نجاح البرنامج أو فشله .

وقد تبلورت ثلاثة اتجاهات أساسية في هذا المجال . على النحو التالي:

أ- الاتجاه الذي يميل نحو تطبيق نفس المنهاج الدراسي المطبق في المدرسة العادية مع الأطفال المدمجين.

ب- الاتجاه الذي يميل إلى إجراء تعديل المنهاج الدراسي المطبق في المدرسة العادية بما يتناسب مع إمكانيات وقدرات الأطفال المفترض إدماجهم.

لكل من الاتجاهات السابقة الثلاثة مبرراته الخاصة ، وكما أن لكل اتجاه مزايا و عيوب ، إلا أن الهدف الرئيسي من برنامج الدمج هو الذي يحدد طبيعة المنهاج المطلوب تطبيقه.

وقد كانت مرونة المنهاج الدراسي واحد من القضايا الرئيسية التي حظيت باهتمام المؤتمر العالمي حول تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة وقد أشار البيان الصادر عن هذا المؤتمر إلى أن مرونة المنهاج تعني :

١. موائمة المنهاج لاحتياجات الأطفال وليس العكس ، وهو تعديل عملية التدريس أو طريقة أداء الطالب بشرط لا يعتبر تغيرا في محتوى المنهج أو في مستوى صعوبة مفاهيم المنهج.

٢. توفير الدعم التعليمي الإضافي للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

٣. إعادة النظر في إجراءات تقيم أداء الأطفال وجعل التقييم المستمر جزءا لا يتجزأ من العملية التعليمية.

٤. توفير سلسلة متصلة الحلقات من الدعم لأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

٥. توظيف التكنولوجيا الحديثة لتيسير الاتصال والحركة والتعلم.

ولعل من أهم خصائص التربية الخاصة تركيزها على تكييف المنهاج على نحو يسمح بتلبية الاحتياجات التعليمية الفريدة للطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة . وهذا التكييف يتم وفق لما يعرف بالخطة

التربوية الفردية وعليه فقد أصبحت الخطة التربوية الفردية هي المنهاج بالنسبة للطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة.

وبغض النظر عما يحدث من محاولة للموازنة بين التربية الخاصة والتربية العادية فإن هنالك أربعة نماذج قدمها (بيفرد) وهي :

أ- المنهاج العام المدعم بالوسائل والأدوات المساعدة . وهو منهج المواءمة أو التكييف.

ب- المنهاج العام مع تعديلات جزئية .منهج الموازنة وهو الذي يتم فيه تعديل عملية التدريس أو طريقة أداء الطالب والذي يغير في محتوى المنهج أو مستوى صعوبة المنهج.

ت- منهاج خاص جزئيا أو كليا وهو مناهج بديلة وتسمى التعليم المتداخل وتشمل تعديل توقعات في أداء الطالب فيما يتخذ جميع الطلاب جزء من النشاط المشترك وتقويم التدريس الذي يتغير ويغير ذلك في محتوى المنهج وصورة مفهوم المنهج.

أما من تناط به مسؤولية إجراء هذه التعديلات ، فلاشك بأن أكثر من شخص قد يكون مسئولا عن إجراء هذا التعديل والذي يتطلب تكاتف الجهود والتعاون المستمر حتى تصبح العملية التعليمية جانبا ممتعا ومفيدا لكل من المعلم والطالب معا . ومن هؤلاء الأشخاص المسئولين عن تعديل المنهج:

- معلم الفصل العادي
- معلم التربية الخاصة
- المعلم المساعد
- المتطوعون من العاملين في المجال التربية الخاصة
- الأشخاص ذوو العلاقة، كأخصائي النطق، الأخصائي الاجتماعي أو النفسي المهني.
- معلمون آخرون في المدرسة
- الأقران العاديون أحيانا

وفي نهاية عرض الشروط الخاصة لابد أن ندرج شرطين هامين بخصوص المدرسة ، هما:

شروط خاصة بالموقع:

أن يكون موقع المدرسة في نفس البيئة السكنية للأطفال المدمجين أو قريبة من المدرسة الخاصة التي يلتحق بها هؤلاء الأطفال . ويأتي أهمية ذلك في الواقع في تخفيف بعض الصعوبات التي قد يترتب على اختيار مدرسة بعيدة عن البيئة السكنية أو المدرسة الخاصة لهؤلاء الأطفال مثل المواصلات وعملية التكييف البيئي والاجتماعي.

شروط خاصة بالبناء المدرسي:

أن البناء المدرسي يلعب دورا هاما في تسهيل عملية الدمج الاجتماعي لذا فأن خصائص وموصفات الأطفال المزمع إدماجهم يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار عند تنظيم وتصميم البناء المدرسي كالساحات والحمامات

و الملاعب وغرف الصف بنا يتوافق مع حاجات ومتطلبات هؤلاء الأطفال.

عناصر يجب توافرها في المعلم:

هناك اتجاهان فيما يخص القائمين على عملية تعليم الأطفال المعاقين في المدرسة العادية وهما:

١) أن يقوم معلم / معلمة من المدرسة العادية بتعليم الأطفال المدمجين والإشراف عليهم ، وهو الاتجاه الأكثر قبولا حاليا لدى المنظمات العالمية.

٢) أن يقوم المعلم / المعلمة من المدرسة الخاصة بتعليم هؤلاء الأطفال و الإشراف عليهم.

والواقع أن عملية تحديد المعلم / المعلمة الذي سيقوم بتعليم الأطفال و الإشراف عليهم خلال مراحل التطبيق يعتمد أساسا على برنامج الدمج

بحد ذاته و الأهداف الأساسية له ، كما يعتمد على تأهيل المعلم العادي في مجال تربية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

ثالثا: أنواع الدمج وكيفية الاستفادة من كل نوع:

أولا : الدمج التعليمي

ويعتبر شكلاً من أشكال الدمج الأكاديمي، حيث يلتحق الطلاب بالمدارس العامة ،وفيه يتم إلحاق الطلاب الأسوياء والمعاقين في صف دراسي مشترك وتحت برنامج أكاديمي موحد، يتلقي كلا الجانبين عملية التعليم فيه، ويتحقق ذلك من خلال إنشاء ملحقة الدمج بجمعيات تنمية المجتمع ويتم بهذا استقبال الطلاب الأسوياء والمعاقين على فترات لشرح أجزاء معينة من المحتوى الأكاديمي، وهذا يتطلب وجود كادر تنسيقي ناجح يستطيع التواصل مع المدارس والتنسيق معهم لاستقبال الطلاب بالجمعية.

ثانيا : الدمج الاجتماعي

يقصد به دمج المعاقين مع الأسوياء في السكن والعمل، ويمكن للجمعية أداء دورها في هذا المجال من خلال:

- الإعداد لرحلات للمعاقين ذهنياً والأسوياء.
- تدريب المعاقين ذهنياً داخل ورش الجمعية مع الأسوياء.
- محاولة الاستفادة من قدرات المعاقين ذهنياً قدر الإمكان في الجمعية ومشاركتهم الأنشطة المختلفة وفقاً لقدراتهم.
- عمل لقاءات ومحاضرات وندوات يساهم فيها المعاقين مثل: قص شريط الحفل – تقديم المشروبات للحضور – اشتراكهم في أعمال الضيافة بالجمعية – الإعلان عن حملات التبرع بالمال أثناء موسم الزكاة / اشراكهم في رحلات الأيتام وأنشطة دور الأيتام. كما يمكن إشراك المعاق ذهنياً في أعمال الخير التي تنفذها الجمعية مثل زيارة المرضى بالمستشفى وتقديم المساعدات لهم.

رابعا: أسلوب تنفيذ الدمج

يتم الدمج التربوي على عدة طرق ومن أهمها:

-طريقة الدمج الجزئي:

وتتحقق من خلال استحداث برامج فصول خاصة ملحقة بالمدارس العادية، و هذا النمط من الخدمة يتضمن إلحاق الأطفال ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة بفصل خاص بهم بالمدرسة العادية، حيث يتلقون الرعاية التربوية والتعليمية الخاصة بهم مع بعضهم في ذلك الفصل، مع العمل على إتاحة الفرصة لهم للاندماج مع أقرانهم العاديين في بعض الأنشطة الصفية، والأنشطة اللاصفية، وفي مرافق المدرسة.

وبرامج الفصول الخاصة على نوعين:

أ. فصول تطبق مناهج معاهد التربية الخاصة مثل فصول الأطفال القابلين للتعلم من المتخلفين عقلياً، وفصول الأطفال الصم.

ب. فصول تطبق مناهج المدارس العادية مثل: فصول الأطفال المكفوفين، وفصول الأطفال ضعاف السمع.

-طريقة الدمج الكلي:

وتتم عن طريق استخدام الأساليب التربوية الحديثة مثل، برامج غرف المصادر، وبرامج المعلم المتجول، وبرامج المعلم المستشار، وبرامج المتابعة في التربية الخاصة.

ويمكن التعريف بهذه الأنماط من تقديم خدمات التربية الخاصة على النحو التالي:

أ. برنامج غرفة المصادر:

هو أحد الأساليب التي بواسطتها تتم عملية دمج الأطفال غير العاديين في المدارس العادية، وهو مفهوم تربوي يتضمن الركائز الرئيسة التالية:

١- تخصيص غرفة في المدرسة العادية تكون ذات مستلزمات مكانية وتجهيزية وبشرية تحددها طبيعة خصائص واحتياجات الفئة أو الفئات

المستفيدة.

٢- إبقاء التلاميذ غير العاديين في الصفوف الدراسية بالمدرسة العادية مع أقرانهم العاديين إن كانوا من الفئات الموجودة - أصلاً - بالمدارس العادية، أو إلحاقهم بالصفوف الدراسية بالمدرسة العادية مع أقرانهم العاديين إن كانوا من الفئات التي كانت تدرس تقليدياً بمعاهد التربية الخاصة، أو الفصول الخاصة الملحقة بالمدارس العادية.

٣- يتحتم على التلاميذ غير العاديين أن يقضوا - على الأقل - ٥٠ %من يومهم المدرسي في الصفوف الدراسية مع أقرانهم العاديين.

٤- يتردد التلاميذ غير العاديين على غرفة المصادر للاستفادة من خدماتها حسب جدول تحدده متغيرات أهمها حاجة الطفل إلى خدمات التربية الخاصة،طبيعة عوق الطفل، شدة عوق الطفل، الصف الدراسي الذي يدرس فيه الطفل، وغير ذلك من المتغيرات

التي يمليها الموقف التربوي على كل من معلم التربية الخاصة، ومعلم الفصل العادي.

٥- قد يكون من الضروري تسجيل الأطفال غير العاديين في المدرسة التي يوجد بها برنامج غرفة مصادر، أو تحويلهم إليها إن كانوا من التلاميذ المسجلين في مدارس لا يوجد بها هذا البرنامج، الأمر الذي يستدعي ضرورة تأمين وسيلة نقل للتلاميذ بين المدرسة والمنزل

ب. برنامج المعلم المتجول:

هو أحد الأساليب التي بواسطتها تتم عملية دمج الأطفال غير العاديين في المدارس العادية، وهو مفهوم تربوي يتضمن الركائز الرئيسة التالية:

١- تسجيل الأطفال غير العاديين في أقرب المدارس العادية إلى منازلهم، أو إبقاؤهم فيها إن كانوا مسجلين بها فعلاً.

٢- يتحتم على التلاميذ غير العاديين أن يقضوا معظم يومهم المدرسي في الصفوف الدراسية مع أقرانهم العاديين.

٣- يقوم معلم متخصص في التربية الخاصة بالتجول في المدارس العادية التي يوجد بها تلاميذ غير عاديين بغرض تقديم خدمات التربية الخاصة لهم، وذلك وفقاً لجدول تحدده متغيرات أهمها:

-عدد الطلاب الذين يتكون منهم عبؤه التدريسي.

-طبيعة احتياجات أولئك الطلاب.

-عدد المدارس التي يزورها.

-طول المسافات التي يقطعها.

٤- يكون مقره في قسم التربية الخاصة بإدارة التعليم، أو في إحدى المدارس التي يعمل بها.

٥- يحتاج إلى استخدام وسيلة نقل.

ج. برنامج المعلم المستشار:

هو أحد الأساليب التي بموجبها تتم عملية دمج الأطفال غير العاديين في المدارس العادية، وهو مفهوم تربوي تقوم فكرته على الاستفادة من

خدمات معلم متخصص في التربية الخاصة، يقوم بزيارات ميدانية للمدارس العادية التي يوجد بها تلاميذ غير عاديين، شأنه في ذلك شأن المعلم المتجول، بغرض تقديم خدمات التربية الخاصة التي تتمثل في النصح والمشورة لمعلمي الفصول العادية حول كيفية التعامل مع الأطفـال غير العاديين، وهو أيضا كالمعلم المتجول يكون مقره في قسم التربية الخاصة بإدارة تعليم المنطقة، أو إحدى المدارس التي يعمل بها، كما يحتاج أيضاً إلى استخدام وسيلة نقل.

د- برنامج المتابعة في التربية الخاصة:

وهذه البرامج يمكن تعريفها على أنها عبارة عن برامج موجودة لدى الأمانة العامة للتربية الخاصة بوزارة التربية والتعليم لمتابعة بعض الفئات التي لا تستفيد - حالياً - من خدمات التربية الخاصة، وهو إجراء مؤقت ينتهي بمجرد استحداث برامج للتربية الخاصة في مدارس التعليم العام لتلك الفئات.

- الممارسة المجتمعية مع الإعاقة الذهنية في إطار عملية الدمج.

ليس الأمر يمثل صعوبة على الأخصائي الاجتماعي داخل الجمعية في عمله، ولكن الأمر يتطلب من الممارس أن يكون لديه الاستعداد الشخصي والمهني، ولديه التأهيل والدراية العملية والتخطيط المستمر للعمليات المهنية. ثم يقوم بالممارسة على الشكل التالي:

١- استثارة المجتمع الخارجي بالندوات واللافتات وزيادة المؤسسات المالية والتعليمية والثقافية وتنظيم لقاءات عن الإعاقة الذهنية وفتح قناة شرعية للمشاركة مع الجمعية.

٢- تنظيم المسابقات البحثية عن الإعاقة الذهنية وكذلك المسابقات الفنية التي تعبر عن احتياجاتهم ودمجهم في المجتمع.

٣- تنظيم زيارات للقيادات البارزة بالجمعية لزيارة مؤسسات الإعاقة الذهنية.

٤- تنظيم دورات وبرامج تدريبية للعاملين في مجال الإعاقة الذهنية لرفع الكفاءات بصفة مستمرة.

٥- دعوة المهتمين بالإعاقة الذهنية للمشاركة في أعمال الجمعية ونشاطها.

٦- منح أسر المعاقين ذهنياً منح مالية وعينية وتقديم المساعدات لهم وغير ذلك في حالة احتياجهم.

٧- تدريب أسر المعاقين ذهنياً على طرق التربية والرعاية بالمنزل وأن الممارسة المجتمعية في إطار الدمج ما هي إلا رسالة تثقيف وتوعية وتعديل للرأي المجتمعي عن الآثار الاجتماعية لعملية الدمج.

خامسا: الآثار الاجتماعية لسياسة الدمج:

إن الآثار الاجتماعية لسياسة الدمج في المجتمعات هي النتاج الحقيقي الذي ينتظره المعاق، حيث الجدية في هذه السياسة تقدم نتائج إيجابية مثل:

١- فرصة لتفاعل الأسوياء مع المعاقين ذهنياً وهي تولد وتثير حب المساعدة لدى الأسوياء في ذلك المجتمع.

٢- تطبيق سياسة الدمج من خلال الجمعيات الأهلية يولد الرغبة في العمل التطوعي من قبل المتخصصين بالإعاقة من خلال زياراتهم المتكررة للجمعيات وتفاعلهم المستمر مع سكان المجتمع.

٣- يزيد من التوافق الاجتماعي للمعاقين ذهنياً مع الأسوياء ويقلل من المشكلات النفسية والاجتماعية التي يتعرض لها المعاقين في حالة عزلهم عن المجتمع المحيط.

٤- الدمج في الجمعيات الأهلية يقلل من المفاهيم الخاطئة عن الإعاقة الذهنية ويولد رؤية تعاونية من قبل السكان لإدماج المعاقين ذهنيا في المجتمع في شتي نواحي الحياة.

ومما لا شك فيه أن الدمج من منطلق عمل الجمعيات الأهلية كمنظمة مجتمعية يخفف من الخسائر المجتمعية الناتجة عن الإهمال في الإعاقة الذهنية.

- أدوات وأدوار الأخصائي الاجتماعي في ضوء عملية الدمج:

يعتبر الأخصائي الاجتماعي هو المنشط الفعال في أداء الجمعيات الأهلية لدورها في الوقاية من الإعاقة الذهنية وعملية العلاج أيضاً ويمكن للأخصائي الاجتماعي أن يربط عملية الدمج بالدور والأداة .. وذلك من خلال الآتي:

١- تحديد المشكلة تحديداً دقيقاً وفقاً للسجلات والإحصائيات الموجودة. مثال: حصول الأخصائي على معلومات بخصوص وجود هروب وعزوف مجتمعي من الأهالي عن عدم المشاركة في مخيمات المعاقين التي ترعاها الجمعية.

٢- تحديد الأدوار والأدوات والفترة الزمنية لعملية التدخل المهني تجاه تلك القضية. ويمكن التعامل مع هذه المشكلة المجتمعية كالتالي:

أ- يقوم الأخصائي الاجتماعي بتنظيم وإعداد مناقشات مع المجتمع يحاول بها العمل نكبير، يجمع معلومات عن الإعاقة ويقدمها لهم في وسائل عرض، ويكون حريصا على دعوة أعضاء الجمعية الذين ليس لديهم أبناء معوقين حتى يحاول أن يخفف من وطأة الإعاقة ويولد تعاطف مجتمعي ويكون الحضور مشتركاً.

ب- يقوم الأخصائي الاجتماعي بتنظيم زيارات للقيادات الشعبية داخل المحافظة والتي لها فاعلية في اتخاذ القرار بمشاركة أولياء أمور المعاقين ذهنياً وبعض المعاقين من حالات الداون الخفيف والإعاقة المتوسطة ويعرض مشكلاتهم ، حيث من الممكن أن يعمل الأخصائي على تدعيم العلاقة مع مدارس التعليم العام ، ونجد أن الأخصائي يلجأ للعلاقات العامة كأداة وكوسيلة من خلال دوره في العمل مع

الجماعات، حيث الحصول على خدمات مع منظمات وتنسيق الجهود مع الهيئات المعنية بقضية الإعاقة والغير مختصة.

ج- الأخصائي الاجتماعي في تعامله مع قضية الإعاقة الذهنية يستخدم نتاج دوره، مما يمكنه من تفعيل مشاعر المجتمع والآراء حول الإعاقة من خلال وسائل العرض مثلا على حائط في مقر الجمعية - لافتات توزع على المدارس والمساجد والأندية .

الاتجاهات المتبادلة للأطفال المتخلفين عقليا والأطفال الأسوياء نحو الدمج معا في بعض نواحي الأنشطة التعليمية :

مما لا شك فيه أن أكثر فئات الإعاقة استفادة من سياسة الدمج هي فئة الإعاقة الذهنية، ولذا كان لابد لنا من الرجوع إليها للتعرف على اتجاهها نحو الدمج مع الأطفال الأسوياء في بعض نواحي الأنشطة التعليمية المتمثلة في (اللعب، الغناء، الرسم، الرحلات، تناول الطعام، تلقي الدروس، تكوين صداقات معاً)، وكذلك بالمقابل هناك اتجاه

للأطفال الأسوياء في مشاركة الأطفال المتخلفين عقليا في هذه الأنشطة التعليمية السابق ذكرها.

إن الاتجاه نحو الدمج بين الأطفال المتخلفين عقليا والأطفال الأسوياء، هو اتجاه مقبول لدى أغلب الأطفال سواء المتخلفين أو الأسوياء، وإذا كان هناك قلة من الأطفال لا يرحبون بإجراء الدمج فإن مرجع ذلك هو الانفصال القائم بينهم في المدارس، ومن ثم فليس هناك فرصة للتعارف والمشاركة معا، بل هناك تعليمات لكل من الطرفين بعدم الحديث مع الطرف الآخر، وبالتالي يتجنب كل منهما الآخر، الأمر الذي أدى إلي تكوين مفهوم خاطئ لكل طرف عن الآخر.

ولعل العمل على تنفيذ سياسة الدمج التي بمقتضاها يكون للطفل المعاق ذهنياً مكانة بالمدرسة العادية على قدم المساواة مع الطفل السوي، لعل ذلك الإجراء يساهم في أن يتعرف كل طرف على الآخر وفهمه حق الفهم ومشاركته دون رهبة ومساعدته إذا تطلب الأمر ذلك.

سادسا: دمج الأطفال المعاقين في المدارس العادية

بعد مرور عدة عقود من التعليم الذي يقوم على العزل والمؤسسات المنفصلة المخصصة للتلاميذ المصابين بإعاقات خطيرة، أصبحت معظم البلدان المتقدمة تمر اليوم بمرحلة انتقال من نظام العزل في التعليم والرعاية إلي نظام الدمج الكامل كلما أمكن ذلك.

ومع التسليم بأن هناك فروقاً فردية، قد تكون مبرراً قوياً لعزل الأطفال المعاقين في مدارس خاصة، فإن هذا لا يتناقض مع سياسة دمج هؤلاء الأطفال في المدارس العادية، لأن الهدف من الدمج أساساً هو العمل على تقليل هذه الفروق، ومن ثم فهناك ضرورة لإجراء الدمج من أجل تحقيق التقدم للأشخاص المعاقين، هذا التقدم المرغوب فيه هو في الواقع مازال محدوداً بسبب عدم إتاحة النظام المدرسي العادي الفرصة للأطفال المعاقين كي يتحدوا الإعاقة، فهؤلاء الأطفال يستبعدون دوماً

من المدرسة العادية لكونها لا تناسبهم وتفشل في مقابلة حاجاتهم، وهذا لا يعد فشلا للطفل المعاق بقدر ما هو فشل للمدرسة.

وإذا ما رغبنا في تحقيق تقدم حقيقي للأطفال المعاقين فلابد أولاً أن نعترف بهذا الفشل ونسجله، وأن نعمل من خلال سياسة الدمج على إعادة تنظيم المدارس بهدف إنشاء مدرسة عامة توفر مختلف أشكال التعليم التي تتلاءم مع القدرات المتباينة والاحتياجات الخاصة لأفراد المجتمع داخل نظام تعليمي واحد ملائم.

إن الخدمات التعليمية المخصصة للأطفال المعوقين في حالة تغير وتقلب في غالبية بلاد العالم، وفي العديد من مناطق أوروبا وأمريكا الشمالية وجنوب المحيط الهادي أصبح التعليم المنفصل للمعوقين وغير المعوقين موضع شك، وهناك محاولات لتلبية الحاجات الخاصة في المدارس العادية حيث يتم في الوقت الراهن في العديد من دول العالم وخاصة المتقدمة دمج التلاميذ المصابين بإعاقات خطيرة من الناحيتين الجغرافية

والتربوية في صفوف المدارس العادية كلما أمكن ذلك، وحتى في حالة التلاميذ المصابين بإعاقات خطيرة تحول دون الدمج الكامل وتحتم في نفس الوقت أن يتم تعليمهم في صفوف مستقلة فإنه يتم توفير صفوف مستقلة داخل المدرسة العادية، بحيث يقترن ذلك باتصالات منظمة ومخططة مع أقرانهم غير المعاقين، وذلك من منطلق أن المصلحة التربوية للتلاميذ يجب أن تكون لها الأولوية على المتاعب الإدارية الناجمة عن القرارات المتعلقة بنظام الخدمة داخل المدارس العادية.

سابعا الدمج في التربية البدنية:

إن الأهداف العامة للتربية البدنية الخاصة بالأطفال ذوي الإعاقة لا تختلف عن الأهداف العامة للتربية البدنية العادية، وبالتالي فان أنشطة التربية البدنية الخاصة بالأطفال ذوي الإعاقة البسيطة غالبا ما تكون هي نفس الأنشطة الخاصة بأقرانهم الغير معاقين، لذلك فالأطفال ذوي الإعاقة البسيطة متفوقون في الأنشطة الرياضية، وربما تكون هي

وسيلتهم الأولى المتاحة للنجاح وإثبات الذات، حيث احتياجاتهم العضوية والحركية مماثلة للأطفال الغير معاقين فتكون لديهم الصلاحية للارتقاء والالتحاق بفصول التربية البدنية العادية.

فالهدف الأساسي للأطفال ذوي الإعاقة من النشاط البدني هو الاشتراك الآمن الناجح المرضي، فالأمان ضرورة ملحة عند القيام بأي نشاط للأطفال، والنجاح يعنى تحقيق الأهداف أثناء المشاركة في الأنشطة البدنية، أما الرضا فيعنى الاستمتاع بتجارب المشاركة في النشاط .

وتتدرج مستويات الدمج في التربية البدنية كالآتي :

- الدمج المستقل بدون مساعدة مدرس التربية الخاصة.
- الدمج بمساعدة مدرس التربية الخاصة.

- التواجد في فصل تربية بدنية علاجي، وهذا المستوى يعتبر وضعا مؤقتا حتى يتمكن الطفل ذوي الإعاقة من الاندماج في فصول التربية البدنية العادية.

-أشكال الدمج في التربية البدنية :

ظهرت أشكال جديدة للدمج في المجال الرياضي بهدف مساعدة الأطفال ذوي الإعاقة على تحسين المهارات الحركية واكتساب الكفاءة الاجتماعية، ومن هذه الأشكال ما يلي:

-الرياضيات الموحدة:

تعنى ضم عدد متساوي من الرياضيين ذوي الإعاقة والغير معاقين في فريق واحد، وهو شكل من أشكال الدمج الذي يستخدم بواسطة الأولمبياد الخاص، فالنماذج التي يقدمها الرياضيين الغير معاقين تعمل على تحسين المهارات الخاصة لدى الرياضيين ذوي الإعاقة.

- برنامج المعلم الخاص من نفس العمر :يعمل الأطفال الغير معاقين

كمساعدين لمدرس التربية الرياضية، حيث يحصل كل طفل معاق على مدرس خاص به من الأطفال الغير معاقين من نفس العمر، ويقوم المدرس الخاص بدور المراقب والمصحح والمشجع للطفل المعاق.

-التعليم والتدريس التبادلي من خلال الأقران :

يعتمد على الملاحظة وتصحيح الأخطاء الحركية بعضهم لبعض، حيث أن الأطفال ذوي الإعاقة البسيطة يمكنهم العمل كمعلمين خصوصيين، ويعتمد هذا النظام على تغيير الأدوار من معلم ومتعلم، وبذلك يمدون بتغذية رجعية ويتعلمون من خلال التدريس، ويتضمن التعليم من خلال الأقران وجود النموذج الذي يحدث طبيعيا أثناء الدمج فى الأنشطة الرياضية، حيث يعمل على تعديل السلوك غير المناسب ويسهل التداخل بين الأطفال ذوي الإعاقة والغير معاقين، ويعمل على دفع الطفل للأداء السليم خاصة عندما يوجد تماثل في العمر والجنس بين

الأطفال .

-نوادي الشركاء:

تكونت بواسطة الأولمبياد الخاص، حيث يتواجد اللاعبين الغير معاقين مع اللاعبين ذوي الإعاقة أثناء أنشطة ما بعد المدرسة للتدريب على المهارات الخاصة وخطط اللعب.

الرياضة الموحدة ودمج المعاقين ذهنياً

الرياضة الموحدة عبارة عن برنامج يضم بشكل تقريبي أعداد متكافأه من لاعبي الأولمبياد الخاص إلي جانب أعداد مماثلة من الأسوياء، من أجل تشكيل فرق رياضية يتم تدريبها وتهيئتها لخوض المنافسات.

وقد تبنى الأولمبياد الخاص الدولي هذا البرنامج منذ عام ١٩٨٩م بهدف فتح آفاق رياضية جديدة أمام اللاعبين لخوض منافسات جديدة بإدماج المعاقين بشكل أفضل في المجتمعات.

أهمية الرياضة الموحدة

تعمل الرياضة الموحدة على توسيع فرص الممارسة الرياضية للمعاقين والأسوياء من خلال مشاركاتهم في البرامج الرياضية المختلفة، وتساعد على عملية اندماج المعاقين في المجتمع، كما تتيح لغير المشاركين في أية برامج رياضية فرصة المشاركة في مثل هذه البرامج من خلال الاشتراك في الأولمبياد الخاص الذي يقوم بتنظيم تلك البرامج الرياضية.

أهداف الرياضة الموحدة

تعمل الرياضة الموحدة على تطوير المهارات الرياضية في بعض الألعاب المحددة للاعبين لتعطي الفرصة لتنمية ورفع بعض قدراتهم ومهاراتهم، فهي تعتبر تجربة لخوض المسابقات من خلال المشاركة في المنافسات التي تنظمها الأولمبياد الخاص أو أي مؤسسة رياضية محلية، وتساعد الرياضة الموحدة على الاندماج الهادف بواسطة إرشادات وقوانين الأولمبياد الخاص والرياضيات الموحدة التي تضمن لكل فرد في الفريق مكان ذو قيمة، وترفع كذلك من الوعي الاجتماعي فيما يتعلق

بقدرات وأحاسيس اللاعبين من خلال مشاركتهم في الأولمبياد الخاص، كما تعتبر الرياضة الموحدة من أهم نظم التطور الفردي التي تساعد أعضاء الفريق على تطوير قدراتهم الذاتية وصدقاتهم الخاصة، وإتاحة القدرة لاستيعاب بعضهم في إطار من الارتباط والتعاون في الفريق الواحد، وتحقق نوع من الاندماج في المجتمع المحلي بتقديم الدعم اللازم من خلال المنظمات المحلية الرياضية والترفيهية المختلفة لإشعار اللاعبين بأنهم جزء منه، وتوفير فرص وبدائل للاعبين المشاركين والغير مشاركين في الأولمبياد الخاص، وأخيراً تعمل الرياضة الموحدة على مشاركة أفراد العائلة بإتاحة الفرص لأقارب اللاعبين من الانضمام للفرق الرياضية كشركاء في الفريق أو مشرفين.

المبادئ الأساسية للألعاب المدمجة:

١- حالة الاستعداد للاعبين

لابد وأن يكون اللاعبين مستعدين لخوض المنافسات الرياضية، وفي حالة فنية عالية وذلك في النواحي البدنية و المهارية حتى لا تحدث إصابات للاعبين ولمنافسيهم.

٢- التوازن في تشكيل الفريق

يجب أن يكون اللاعبين والشركاء من مرحلة سنية واحدة ويتمتعون بقدرات متشابهة، وأن يتمتع كل لاعب من أعضاء الفريق بمقدرة وفرصة للمساهمة في فوز فريقه.

٣- القيادة التربوية

عند تشكيل فرق الرياضات الموحدة يجب أن تخضع لإشراف وتخطيط وتنظيم مدرب مؤهل ومطلع على مبادئ الرياضات الموحدة وخصوصياتها وأساليب التدريب عليها.

٤- القوانين

لا بد من مراعاة خضوع كافة المسابقات إلي قواعد وأسس ومبادئ الأولمبياد الخاص الدولي.

٥- مجموعات المتنافسين

توزع فرق الرياضات في مجموعات متناسقة من حيث السن وحسب القواعد المعمول بها رسميا في قوانين الأولمبياد الخاص الدولي.

اختيار الفريق المدمج:

الاختيار السليم لأعضاء الفريق من اللاعبين والشركاء من أساسيات تطوير ونجاح الفريق الموحد وعليه يجب اتباع الخطوات التالية عند اختيار الفريق المدمج كي يتحقق النجاح المرجو من الفريق:

- تكافؤ القدرات المهارية والبدنية في أعضاء الفريق من اللاعبين والشركاء لضمان نجاح الفريق.

- تقارب أعمار الفريق مع إمكانية وجود فوارق عمرية تتراوح ما بين ٣ إلى ٥ سنوات في أعمار المشاركين من الفئة العمرية تحت ٢١ سنة، أما البالغين من العمر ٢٢ سنة فالفوارق بينهم يمكن أن تتراوح ما بين ١٠إلى ١٥ سنة.

- تمتع أفراد الفريق بالمهارات اللازمة للاشتراك في الألعاب والمنافسات، فليس كل رياضي يمكن أن يشارك في هذا البرنامج ولكن لابد وأن يكون على دراية كاملة بالعمل الجماعي والأهداف الجماعية والقوانين، وأن يكون مستعداً من كافة النواحي النفسية والمهارية والبدنية.

- التعامل مع كافة أفراد الفريق بنفس المستوى دون التفكير بالشركاء أو التعامل معهم كأنهم مدربين للاعبين، فكل اللاعبين يجب اعتبارهم أعضاء بفريق واحد يعمل سويا لتحقيق أهداف الفريق.

- إتاحة الفرصة للاعبين الأسوياء الذين لم يشاركوا في أنشطة رياضية أو في مسابقات رياضية وكذلك لاعبي الأولمبياد الخاص الموجودين في بعض المؤسسات والمدارس للمشاركة في مسابقات الأولمبياد الخاص ويتم إدراجهم في برنامج الألعاب المدمجة.

وكي تكون المشاركة إيجابية لا بد من الاهتمام بنوعيتها وكيفية الاندماج والتوحد للفريق، ولكي يتحقق الهدف منها فعلى المدرب أن يوفر الفرصة لأعضاء الفريق للتدريب وخوض المباريات.

وهناك بعض المواصفات للمشاركة الإيجابية تتمثل في إتاحة الفرصة لجميع أعضاء الفريق الموحد من المساهمة وإظهار دورهم دون وجود سيطرة من أحد الأشخاص بالفريق، تنافس جميع اللاعبين بالصورة التي تضمن سلامتهم وتجنبهم مخاطر الإصابة لهم ولغيرهم من اللاعبين، ومشاركة الفرق في المباريات وفق القواعد والقوانين الخاصة بالأولمبياد الخاص الدولي.

الفصل الثاني

دور المجتمع

في دمج الأطفال المعاقين

أولا: البيئة التعليمية:

يجب تقديم البيئة المناسبة للاحتياجات الخاصة للطلاب المعاقين وأن تكون تلك البيئة عادية بقدر الإمكان ويتلقي الطالب تعليمه مع أطفال في مثل عمره الزمني.

وهناك العديد من الخدمات والمعينات التي تقدم للطالب المعاق حسب الاحتياج (مثل التقنيات التعليمية أو المساعدات التكنولوجية والمساندة الشخصية) حتى يستطيع أن ينجح في الفصل الدراسي العادي.

وصف البيئة:

- يتلقى الأطفال المعاقين التعليم جنباً إلي جنب مع الأطفال الأسوياء إلي أقصى حد ممكن سواء في المدارس العامة أو الأهلية أو مؤسسات العناية الأخرى.

- لا يتم نقل الطفل المعاق إلي الفصل الدراسي الخاص أو المدارس المعزولة أو نقله من الفصل الدراسي العادي إلا إذا كانت الإعاقة

شديدة لا تمكنه من تلقي التعليم حتى مع استخدام المعينات والخدمات الخاصة.

ثانيا: دور الأسرة:

إن للأسرة دور أساسي في عملية دمج المعاق في المجتمع، ويمكنها المشاركة في وضع البرنامج الفردي للطفل وتطبيقه داخل المنزل، وأن يحرص ولي أمر الطالب المعاق على حضور الاجتماعات التي تنفذها المدرسة، ويطلع على السجلات المدرسية الخاصة بالطالب. لذا فإنه من الضروري أن يكون لولي أمر الطفل المعاق الحق في تمثيل ابنه.

دور الأفراد:

- أن استيعاب الطلاب من ذوي القدرات المتباينة في مدارس وفصول التعليم العام يعني حدوث تغييرات لجميع أعضاء المجتمع التربوي، وتغييرات في طرق وإعداد المنهج الدراسي وتقديمه وكذلك تغييرات في العلاقات المهنية والإنسانية.

- التغيير في الأساس يجب أن يكون حول الأفراد ومعتقداتهم وأفعالهم بدلاً من أن يكون حول البرامج والمواد التعليمية والتكنولوجية أو الأدوات.

- ليس من الغريب أن يقلق المعلمون حول كفاءتهم وقدرتهم على تلبية احتياجات الطفل المعاق، فكثير منهم يشعر بالتعاطف والحزن نحو الطفل، في حين يقنط البعض حين يشعرون بأن عملهم مع الطفل المعاق سوف يكون في مقدمة جميع مهامهم الأخرى، ويتعرض المعلمون لمشاعر متناقضة من التحدي والأمل والدهشة والواقعية والإحباط والخوف وعدم الكفاءة، لذا فإن ردود الفعل هذه تتأثر بدرجة قوية بمعتقدات المعلمين حول التجديد، إدراكهم لقدرتهم على استخدام التجديد، المكان الذي يحدث فيه التغيير، ونوع الدعم والمساعدة التي يتلقونها حين يقومون بمحاولة تنفيذ التغيير.

ومن هنا يحتاج الأفراد إلي تلقي الدعم والمساندة من بعضهم البعض وكذلك من المنظمة التي ينتمون إليها لتجاوز ردود الفعل الضرورية وغير المريحة للتغيير، وعلينا أن نتذكر أن الأفراد غالباً ما يحتاجون إلي ضغط من أجل التغيير حتى لو كانوا مع الفكرة الجديدة، ومن شأن التشريعات والتعليمات الصادرة عن النظام أو المدرسة أن تساعد في زيادة سرعة عجلة تطور ممارسات الدمج. كما أن دعم إدارة المدرسة تعتبر حيوية لإعداد مدارس الدمج.

فلابد من دعم لعملية التغيير وهذه العملية تشتمل على عاملين أساسيين هما النظام والأفراد المرتبطين بذلك النظام.

ولا يعني الوصول إلي التغيير انتهاء العملية، ولكن لابد من إعداد طرق تسمح باستمرار ذلك التغيير، لذلك يبدو من الضروري أن تكون طرق استمرار التغيير والمحافظة عليه أجزاء أساسية من خطط التغيير.

ولكي ينجح التغيير فإنه يحتاج إلي دعم مادي قوي وإلي ثقافة تغذى الكفاءة والأخلاق والمبادئ، ويجب توفير المصادر المختلفة في شكل مواد وعاملين وتدريب، ولكي تبرهن على التزام المدرسة بالفكرة الجديدة لابد من إعداد خطط ومشاريع محددة من أجل استمرار الإجراءات، كما يجب تقديم مختلف أشكال الدعم لتنفيذ الخطة.

وغالباً ما يحتاج المعلمون العاديين إلي المصادر المتوفرة حالياً ضمن برامج التربية الخاصة لمساعدتهم في العملية التعليمية للطلاب المعاقين ممن يتواجدون في فصولهم الدراسية، وأيضاً تزويد أولياء الأمور والطلاب وغيرهم من الجهات المهتمة كمجلس إدارة المدرسة بالمعلومات يعتبر أمراً ضرورياً وهاماً، وكذلك من الأمور الأساسية طرق موائمة وتنسيق عملية تقديم المنهج في إطار جديد.

ويعتبر الغرض من التربية هو تكوين مجتمعات داخل المدارس تشبه تلك المجتمعات التي سيعيش فيها الطلاب في المستقبل، عندئذ فإن

الحاجة للدمج تكون ماسة. ويتطلب تنفيذ الدمج رؤية مشتركة وخطة واضحة، ويعتبر الدعم المقدم للمعلمين الذين ينفذون الدمج أساسياً، ويتم تزويدهم بالمعلومات والوقت والتدريب والمصادر، ويعتبر الالتزام بدرجة من الصبر الذي يسمح بتكيف الأفراد للفلسفة الجديدة وتعاونهم في تنفيذ عناصر أساسية للتغيير حتى يتحقق النجاح للدمج.

ثالثا: استراتيجيات الدمج وسياساته لدى بعض الدول التي عملت به

بالرغم من أن هناك عدداً قليلاً من الدول أخذت بأسلوب دمج الأطفال المعاقين في المدارس العادية، فإن المعلومات لا تزال محدودة عن طبيعة سياسة الدمج وإجراءات تنفيذها، ومن الواضح أن عملية الدمج لها معان كثيرة مختلفة باختلاف البلدان التي تتبع سياسة الدمج.

ففي جمهورية ألمانيا الاتحادية يبدو أن الدمج يأخذ شكل إمداد المدارس الخاصة والتلاميذ بتعليم يتناسب مع حاجاتهم، وتيسير كل الإجراءات التي تجعل من المدرسة مجهزة بقدر الإمكان لحياة الراشدين، بينما في

فنلندا فإن الدمج يعني توفير وتجهيز مكان يدمج فيه جميع الأطفال داخل النظام التعليمي العام، وفي كوستاريكا يتم ملاءمة مناهج التعليم كي تتناسب مع متوسطي الإعاقة، حتى تيسر عملية الدمج، وفي كوبا وسلفادور وبيرو يقومون بتحويل التلاميذ من المدارس الخاصة إلي المدارس العادية متى كان الوقت مناسبا، وفي الأرجنتين وفنزويلا يتم إمداد التلاميذ ذوي الحاجات الخاصة الموجودين في المدارس العادية بالتدعيم والمعونة اللازمة بواسطة مدرسين من مدارس خاصة أو متخصصين آخرين يقومون بزيارة المدرسة بشكل منتظم، وفي النرويج ونيوزلندا يعد الدمج مبدأ سياسياً، حيث يتم تعليم التلاميذ المعاقين داخل فصول المدرسة العادية جنباً إلي جنب مع أقرانهم العاديين، وعندما يكون العزل شيئاً حتميا فإن ذلك يكون لفترة محدودة على أن يتم اندماج المعاق مرة أخرى داخل أنظمة التعليم العام عندما يكون ذلك ممكنا، وقد خطت إيطاليا تجربة ناجحة نحو دمج المعاقين في

المدارس العادية والمجتمع عامة، حيث أن دمج الأطفال المعوقين قد فرضه التشريع الذي أغلقت بمقتضاه المدارس الخاصة، وهناك خطى مماثلة في أسبانيا.

ونستطيع في الوقت الراهن أن نجد مجموعة متنوعة تنوعاً كبيراً من محاولات الدمج في مختلف البلدان، وتقوم السلطات المدرسية في بعض المناطق بنقل التلاميذ من المدارس الخاصة المعزولة فعليا واجتماعيا إلي مدارس تقع بالقرب من المدارس الابتدائية العادية على أساس أن ذلك سوف يؤدي إلي زيادة المبادلات الاجتماعية والثقافية بين المدرستين وتلاميذها، وتمثل أحد الحلول الأخرى في وضع صفوف مستقلة للتلاميذ المعاقين داخل المدرسة الابتدائية نفسها بهدف تضييق المسافة الفعلية التي تفصل المدرسة المنعزلة ولكي نيسر على التلاميذ المعاقين أن يصبحوا جزءاً لا يتجزأ من البيئة الاجتماعية للمدرسة

الابتدائية مع الاحتفاظ في الوقت نفسه بقدر من التعليم المنفصل لهؤلاء التلاميذ.

وثمة حل بديل آخر هو أن ينتظم الأطفال المعوقين في صفوف عادية جنباً إلي جنب مع الأطفال الأسوياء في نفس الفصل الدراسي بالمدرسة العادية، على أن تبذل الجهود لضمان حصول الطفل والمعلم في آن واحد على مساندة مهنية رفيعة المستوى من قبل معلمين أخصائيين، وفي حالات أخرى يمضي الطفل جزءا من النهار في المدرسة المتخصصة وجزءاً آخر في مدرسة عادية.

وبناءاً على ما سبق نستطيع القول بأن هناك نمطين لعملية دمج الأطفال المعاقين بالمدارس العادية:

النمط الأول هو الدمج الكامل:

ويسمي أحيانا نموذج عدم الرفض، وهذه الأنشطة التعليمية تضع الأطفال شديدي الإعاقة في المدارس العادية، حيث توفر لهم منابع إضافية للرعاية والتعليم بشكل مثالي.

النمط الثاني هو الدمج الجزئي:

وهناك نوعان من الأنظمة التعليمية داخل هذا الإطار، الأول يخصص فيه إحدى الفصول الدراسية للأطفال المعاقين داخل المدرسة العادية يحصلون فيها على برامجهم التعليمية الخاصة بهم.

والثاني يتيح للأطفال المعاقين الذين يتلقون تعليمهم في المدارس الخاصة أن يقضوا بعضاً من يومهم المدرسي داخل المدرسة العادية.

وبالرغم من المعاني المختلفة للدمج باختلاف النظم إلا أن ذلك لا يمثل مشكلة مادام هناك وعي بأن الدمج عبارة مختزلة للإشارة إلي عملية ديناميكية تستهدف إصلاح النظام التعليمي بكامله، وتوفير تعليم ملائم

لكافة التلاميذ، وينبغي الترحيب بالتركيز على الدمج في إطار أي منظور يعلق أهمية على تكافؤ الفرص للجميع ويسعى إلي فك طوق العزلة عن المستبعدين من النظام العام.

دمج الأطفال المعاقين في المدارس العادية ... لماذا ؟

تشير التقديرات الواردة في سلسلة من التقارير الدولية إلي أن ١٠% من سكان العالم معوقون، وقد تبين أن هذه النسبة ترتفع عن ذلك في البلدان النامية حيث تصل إلي ١٥% بل ٢٥% في بعض المناطق من دول العالم الثالث، وهذه التقارير تعد بمثابة ناقوس الخطر لمدى الكارثة التي سوف نواجهها في مستقبل حياتنا الذي يفقد نسبة ليست بالقليلة من سكان المجتمع تعيش في عزلة عن مجريات الأمور، ولا يسعى المجتمع نحو إشراكها في حياته العامة.

ومن جهة أخرى هناك قصور واضح في مواجهة التحدي، إذ تقدر منظمة الصحة العالمية بأن الخدمات التي تقدمها المدارس الخاصة في

الوقت الراهن لا تلبي سوى نسبة تتراوح بين ١، ٢ % من احتياجات الأشخاص الذين هم بحاجة إلي التأهيل في البلدان النامية.

وقد ترتب على إدراك حجم المشكلة وعلى زيادة التقدير لصواب مبادئ نقل إعادة التأهيل إلي البيئة العادية ودمجها فيها وإشراك جميع المعنيين بها زيادة أهمية الدور الذي ينبغي أن يؤدي داخل نظام المدارس العادية، ذلك أن الاحتياجات التعليمية والتدريبية لغالبية الأشخاص المعوقين لا يمكن تلبيتها في المداس الخاصة وحدها، وبالرغم من جميع النوايا الإنسانية والتربوية الطيبة التي تنطوي عليها تقاليد التعليم المنفصل، فإنه يوجد خطر كبير يتمثل في أن الحماية المفرطة قد تؤدي لزيادة الاعتماد على الغير في التعلم.

ولعل من أهم الأسباب الداعية إلي دمج الأطفال المعاقين في المدارس العادية بالإضافة إلي ما سبق ما يلي:

١- دمج الأطفال المعاقين مع الأسوياء في المدارس العادية يتماشى مع حقوق الإنسان الأساسية، حيث أنه يعترف بالمعاقين كأشخاص لهم حقوق ويقلل من إمكانية النظر إليهم باعتبارهم وصمة عار. فالتأكيد على الدمج يعني الترحيب بالجميع واتاحة الفرص المتساوية للجميع، ووقف التمييز العنصري تجاه أولئك المعزولين عن المجرى الأساسي للحياة.

٢- في سياق التعليم للجميع ينبغي احترام ممارسة الحق الأساسي في التعليم المعترف به رسميا بوصفه حقاً من حقوق كل إنسان، ويؤكد مبدأ التعليم للجميع على الحق في تعليم يناسب الاحتياجات الفردية للأطفال بغض النظر عن درجة إعاقاتهم أو احتياجاتهم الخاصة، ويبنغي أن تلبي الموارد المخصصة للتعليم احتياجات جميع الأطفال بغض النظر عن كونهم معوقين أم لا، فللمعوقين الحق في تربية شاملة ومقترنة بخدمات مستمرة، ابتداء من الكشف المبكر عن الإعاقة

ومعالجتها مبكراً والتعليم المدرسي والتعليم المهني، وانتهاء بعيش حياة مستقلة في المجتمع.

٣- في الاشتراطات التعليمية والمهنية لا يجب بالضرورة أن نهون من البيئات المنعزلة، فالعزلة تؤدي إلي الابتعاد الكامل عن المجتمع، وهذا يتناقض مع الهدف من التعليم الذي يعتبر تمكين المرء من الاندماج في المجتمع كعضو فيه على أكمل وجه يمكن تحقيقه، ولاشك فإن مشاركة المعاقين في أشكال التعليم العادية المتاحة للأطفال والشباب سوف ييسر تحقيق هذا الهدف السابق.

٤- إن حرمان الأطفال المعوقين من فرص المشاركة في نظم التعليم المدرسي العادية في كافة أنحاء العالم ترتب عليه حرمان الطفل المعاق من حقه في الانتماء إلي المجتمع والإسهام فيه، على حين أن الإعاقات المختلفة ينبغي أن ينظر إليها على أنها تحد من احترام الشخصية الفريدة لكل فرد وإلي البحث عن وسيلة لتيسير عضوية الأطفال المعوقين في

مدارسنا وفي المجتمع الأكبر، والحاجة الخاصة التي ينفرد بها الطفل المعوق هي حاجة لإنتماءه إلي مجتمعه ويكون جزءاً منه لا مبعداً عنه.

مميزات سياسة الدمج

لاشك أن سياسة دمج الأطفال المعاقين في المدارس العادية سيكون لها أثر كبير في تغيير اتجاهات الأسوياء نحو المعاقين، بل ايضا تغيير اتجاهات المعاقين نحو الأسوياء، وأن هذه السياسة سوف تحيي الأمل لدى كثير من الأسر وخاصة الفقيرة نحو إعداد هؤلاء الأشخاص للمشاركة في الحياة بأوسع معانيها، وبالتالي إحياء القدرة على مواجهة التحدي. ونستطيع أن نوجز أهم مميزات سياسة الدمج في النقاط التالية:

١- وجود الأطفال المعاقين مع الأطفال الأسوياء في مبني واحد أو في فصل دراسي واحد يؤدي إلي زيادة التفاعل والاتصال ونمو العلاقات المتبادلة بين الأشخاص المعاقين والأسوياء، كما أن سياسة الدمج تتيح فرصة طيبة للطلبة الأسوياء كي يساعدوا أقرانهم المعاقين.

٢- التعليم القائم على دمج الأطفال المعاقين في المدرسة العادية يزيد من عطاء العاملين المتخصصين داخل المؤسسة التعليمية، فتطبيق سياسة الدمج وبخاصة تعليم التفاعل وأساليب الحوار بين المجموعات النظامية المتعددة، سيتيح للأطفال المعاقين الحصول على أقصى منفعة من المساعدة المتاحة لهم، من حيث التدريب على حل مشاكلهم وتوجيه ذاتهم.

٣- إن تعليم الأطفال المصابين بإعاقات خطيرة في قاعات دراسة مشتركة يمكنهم من ملاحظة كيف يقوم زملاءهم الأسوياء بأداء واجباتهم المدرسية، وحل مشكلاتهم الاجتماعية والعملية.

٤- الأطفال في حاجة إلي نموذج من أقرانهم يقتدوا به ويتعلموا منه، والطفل المعاق هو أحوج ما يكون لهذا النموذج، ولعله يجده في الطفل السوي فيقوم بتقليد سلوكه، ويتعلم منه المهارات المختلفة.

٥- اثبتت الدراسات أن لسياسة الدمج أثراً إيجابياً في تحسن مفهوم الذات وزيادة التوافق الاجتماعي للأطفال المتخلفين عقلياً عند دمجهم مع الأطفال الأسوياء، حيث تبين من هذه الدارسات أن اختلاط الأطفال المتخلفين عقليا بالأطفال الأسوياء كان له أثره الإيجابي في تحسن مفهوم المتخلفين عقليا من ذاتهم، كما اتضح أن دمج الأطفال المعاقين عقليا مع الأطفال الأسوياء في أنشطة اللعب الحر أدى إلي اندماج الأطفال معاً في لعب جماعي تعاوني (تلقائي)، وإلى تزايد مضطرد في التفاعل الاجتماعي الإيجابي بينهما.

الإجراءات الضرورية لدمج الأطفال المعاقين بالمدارس العامة

عند الأخذ بسياسة الدمج فإنه من الأهمية بمكان أن نبدأ مبكراً في إدماج الأطفال المعاقين مع الأسوياء في المدارس العامة وكافة مجالات الحياة في المجتمع، ولا ننتظر حتى يتم تعليمهم وتدريبهم منعزلين، فقد تؤدي هذه العزلة إلى مزيد من السلوك سئ التكيف.

ولتدعيم سياسة الدمج فإنه يجب أن يقوم مدرسوا التربية الخاصة بالمرور بصفة منتظمة على المدارس العادية كي يساعدوا مدرسي الفصول العادية، وكذلك كي يقوموا بالتدريس للأطفال المعاقين، وعندما تحول جسامة الإصابة دون الدمج الكامل في الصفوف العادية، فإنه يجب أن يكون للتلاميذ كلما أمكن ذلك مكانهم من الناحيتين الاجتماعية والتعليمية في قاعات الدراسة العادية، وأن يحصلوا على قدر من التعليم المساعد والتعويضي خارج قاعات الدراسة فرادي أو في مجموعات.

المسئولون عن سياسة الدمج

إن تطبيق سياسة دمج الأطفال المعاقين في المدارس العادية لا يقع على عاتق المدرسة وحدها ولكن لابد من مشاركة الآباء والمتخصصين الآخرين، بل والمجتمع عامة من أجل تحقيق ما نرجوه من نجاحات لهذه السياسة، فالمسئولية مشتركة وعلى كل مسئول أن يتعرف على دوره حتى يتم العمل في تكامل نحو تحقيق الهدف المنشود.

ونبين فيما يلي دور كل من المدرسة والآباء والمجتمع في العمل معا في إطار سياسة الدمج:

رابعا: دور المدرسة في تحقيق سياسة الدمج:

يمكن أن تسهم المدرسة بدور فعال في تحقيق سياسة الدمج من خلال محورين متكاملين، المحور الأول: هو إعداد وتدريب المدرسين المهرة، والمحور الثاني: هو إعداد التلاميذ المعاقين لمرحلة ما بعد المدرسة، وفيما يلي نتناول هذين المحورين بشئ من التفصيل:

المحور الأول: إعداد وتدريب المدرسين المهرة

تمشياً مع مبدأ المدرسة للجميع فإنه يجب العمل على تدريب المعلمين العاديين على العمل مع التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة، وينبغي توجيه برامج التدريب بحيث تناسب الاتجاهات الموجودة في توفير التربية، أي بالنظر إلى التربية المتكاملة والتأهيل في إطار المجتمع.

ولعل من أهم ملامح هذا الإعداد والتدريب للمدرسين يتلخص فيما يلي:

١- تدريب المدرسين الأكفاء يعد أحد المفاتيح لنجاح البرنامج التعليمي الموجه للأشخاص شديدي ومتعددي الإعاقة، ومازالت هناك أمور كثيرة لم تكتمل بعد وتحتاج إلى نقل الخبرات من الدول المتقدمة إلى الدول النامية.

٢- من الضروري أن يأخذ المدرسين في اعتبارهم مفهوم الحاجات التعليمية الخاصة أو النوعية للأطفال والمراهقين من المعاقين الذين يتم دمجهم في المدارس العادية، وأن يعمل المدرسون على تبين الفروق الفردية بين التلاميذ، ليس ببساطة كي نتقبل التباين بينهم، ولكن بهدف حشد أفضل الوسائل الممكنة للتعامل معهم، ولكي نبتكر الطرف لصقلهم بعيداً عن عزلتهم.

٣- تشجيع برامج التدريب المفتوحة التي تعد المعلمين للتعامل مع الأطفال المصابين بأنواع مختلفة من الإعاقة، كما ينبغي التشجيع على توفير إمكانية التخصص للمعلمين في مجال واحد أو أكثر من المجالات المحددة للإعاقة.

٤- أن تتضمن البرامج التدريبية لمدرسي المعاقين تدريباً نفسياً بهدف تنمية اتجاهات صحيحة نحو الأشخاص المعاقين، وتحقيق فهم أفضل للعجز والإعاقة بشكل عام.

المحور الثاني: إعداد التلاميذ المعاقين لمرحلة ما بعد المدرسة

إن مرحلة ترك المدرسة مرحلة حرجة في حياة الأسرة ككل، فبعد عدة سنوات من غياب الطفل أو الشاب المعاق في المدرسة أثناء النهار تجد كثير من الأسر نفسها مضطرة للعناية به طوال الوقت، حيث أنه بمقتضى القانون يترك الشخص المعاق المدرسة في سن يتراوح بين ١٦

إلى ٢١ سنة وفقا للقوانين المنظمة لذلك في البلدان المختلفة، وإن كان معظم المعاقين ينهون دراستهم تماما عندما يبلغون حوإلى ١٢ عاماً.

والحقيقة أن هناك قصوراً شديداً في كثير من المدارس، سواء الخاصة أو العامة في الاهتمام بالمعوقين، وإعدادهم لمواجهة متطلبات الحياة وصعوبتها، فهي لا توفر المناخ للطلبة لمناقشة إعاقتهم وآثارها في حياتهم المقبلة، كما أنها لا تتيح لهم الفرصة كي يتكلموا عن مخاوفهم، وعن قلقهم بالنسبة للمستقبل، ومدى قدرتهم على العثور على عمل والاحتفاظ به، ومدى إمكانياتهم لإقامة حياة عائلية مستقر ة في استقلال عن الآخرين.

وحتى تقوم المدارس بدورها المأمول في إعداد المعاقين لأن يحيوا قدر استطاعتهم حياة متكاملة مستقلة في مجتمع الكبار فإنها يجب أن تسعي إلى تحقيق الإجراءات التالية:

١- إعداد التلاميذ المعاقين للتوافق مع المجتمع:

من الضروري أن تهيئ المدرسة الفرصة للتلاميذ المعاقين كي يتعلموا كيف يواجهون المشكلات في المجتمع، فبالإضافة إلى تعلم المهارات الدراسية الأساسية مثل القراءة والكتابة، فإنه من الضروري أيضا أن يتعلموا السلوك الاجتماعي الطبيعي والقواعد العامة للتعامل الاجتماعي في المجتمع، البيئة المحيطة بهم، وكيف يطهون طعامهم، وكيف يستعملون وسائل النقل وغير ذلك.

٢- إعداد التلاميذ المعاقين للتعايش مع العجز:

يجبَ العمل على تعليم الأطفال المعاقين كيف يستطيعون التعايش مع العجز، وبذلك يمكن منعه إن استطعنا من أن تشكل الإعاقة الم نفسى واثم لهم، ولكي يمكن مساعدة الأطفال المصابين بإعاقات خطيرة على استخدام الإمكانيات الاحتمالية للنمو الكامنة فيهم، فمن الضروري عدم التركيز كثيراً على نواحي العجز، بل يجب التركيز بالأحرى على كيفية تعلم المهارات اللازمة.

٣- إعداد التلاميذ المعاقين للعمل:

يتم ذلك من خلال التعليم والتدريب المهني، ويجب أن يوضع في الاعتبار الصعوبات الخاصة بنواحي العجز، بحيث يتم التدريب على المهن البسيطة والنمطية، كما يجب أن يصمم البرنامج التدريبي بحيث يبدأ بالإمكانات البسيطة لدى الفرد، ثم يتقدم إلى أقصى الإمكانيات الكامنة لدى الشخص المعاق، ويجب على أي حال أن تتلاءم البرامج المتاحة مع الاحتياجات الصناعية والزراعية والاقتصادية.

٤- تشجيع المشاركة بين الآباء والمهنيين:

إن المشاركة هي المبدأ الأساسي الذي تستند عليه تنمية علاقات العمل بين المهنيين ووالدي الطفل المعوق، وتتخذ المشاركة أشكالاً متعددة، إلا أنها تركز جميعها على إقرار أساسي وهو أن كلاً من الطرفين له مجالات في المعرفة والدراية يمكنه أن يساهم بها في مهمة التعاون لمصلحة الطفل، ومن ثم يجب العمل على تشجيع الوالدين والمهنيين على تنمية علاقات

عمل طيبة بينهم، وذلك لمصلحة الطفل المعاق، حيث يتم تبادل المعارف والمهارات والخبرات لتلبية حاجات الطفل الخاصة، ولاشك أن هذا التعاون بين الوالدين والمهنيين سوف يساعد على تعلم الطفل المعاق وتقدمه بصورة أفضل مما لو عمل كل من الطرفين على انفراد.

خامساً: دور الآباء في تحقيق سياسة الدمج

لقد لوحظ أن الآباء يلعبون دوراً لا غنى عنه في المساعدة من أجل دمج الأطفال المعاقين داخل المجتمع، ويمكن أن يدربوا ليس فقط كي يجيدوا التعامل مع مشكلات الحياة اليومية التي تظهر مع الإعاقات الخطيرة ولكن لكي يصبحوا مدرسين أكفاء لأطفالهم كذلك، ولهذا الغرض لابد أن يشمل التدريب كل أفراد الأسرة وليس فقط الأمهات.

وإلى جانب تدريب الآباء على القيام بدورهم فإنه يجب تدعيمهم من خلال توفير أكبر قدر من الخدمات الاجتماعية لهم، بما فيها توفير

الأخصائيين الاجتماعيين والموظفين الأكفاء الذين سوف تشجع نصائحهم وتوجيهاتهم الآباء والمعاقين الصغار كي يستفيدوا من إعادة التأهيل والعملية التعليمية، ذلك أن آباء الأطفال المعاقين هم في حاجة ماسة إلى المعلومات والتوجيهات الخاصة بكيفية تعاملهم مع أطفالهم المعاقين، ولذا فهم في حاجة إلى دورات تعليمية يأخذون خلالها المعلومات والنصائح في كيفية مساعدة الطفل المعاق.

ويمكن تحديد أهم ملامح دور الآباء في تحقيق سياسة الدمج في النقاط الآتية:

(أ) تقبل الآباء لأطفالهم المعاقين:

على الوالدين أن يتقبلا طفلهما المعاق، لأن ذلك سوف يكون له اثره الإيجابي في مفهومه عن ذاته واستشعاره بقيمته ومكانته داخل الأسرة، وبأنه طفل مرغوب فيه، الأمر الذي يساعد علي اندماجه داخل الأسرة والمدرسة والمجتمع عامة، ومن ثم سيسعى نحو بذل

قصارى جهده لاكتساب المهارات اللازمة، والسلوك التكيفي المطلوب تعليمه إياه عند إجراء أي محاولة لتعليمه وتدريبه.

(ب) قيام الآباء بدور المعلم لأطفالهم المعاقين:

يمكن أن يقوموا آباء أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بدور أساسي في تعليمهم، إذ الملاحظ أنه بالرغم من أهمية مشاركة الآباء إلا أنها مازالت في نطاق ضيق وليست في شكلها المثالي المطلوب، وربما كان ذلك مرجعه في أغلب الحالات أنه ليس هناك دور محدد لمشاركة الآباء وإسهاماتهم.

(ج) أهمية التوافق الأسرى للأطفال المعاقين:

لقد تبين من الدراسات أن البيئة المنزلية الجيدة والتوافق الأسري الذي يسود بين جميع أفراد الأسرة، وخاصة الوالدين يزيد من كفاءة الأطفال المتخلفين عقلياً، كما اتضح أيضا أهمية الأسرة ككيان اجتماعي وكمؤسسة تربوية لا غني عنها من أجل النمو النفسي السليم، حيث وجد

أن مفهوم الذات لدى الأطفال المصابين بالتخلف العقلي المقيمين مع أسرهم كان أكثر إيجابية بشكل دال بالمقارنة بأقرانهم الذين يتواجدون داخل مؤسسات خاصة، كذلك وجد أن تبني بعض الأسر لأطفال متخلفين عقليا قد ساعد على توافقهم الاجتماعي.

سادساً: دور المجتمع في تحقيق سياسة الدمج

إن ترك الأشخاص المعاقين للمدرسة كان من المفروض أن يتبعه إسهامهم ومشاركتهم في حياة مجتمعهم، تماماً كما يفعل أي شخص آخر بلغ سن الرشد، حيث يتوجه إلى العمل وترك منزل الأسرة للزواج، غير أن هناك من المعوقات داخل المجتمع تحول دون أن يحقق غالبيتهم ذلك، ومن ثم فهم جلوس في البيت، وكثير منهم يتساءل لماذا لا يذهبون إلى المدرسة كما كانوا يفعلون من قبل، ولما تغير نظام الحياة والوتيرة التي تعودوا عليها بهذا العنف، ولماذا يلازموا المنزل ليلاً ونهاراً،

ويعيشوا في عزلة دائمة، وقد تؤدي الحياة الجديدة إلى السأم والإحباط وسيادة جو من التوتر في المنزل.

إن المسئولية الملقاة على الأسرة أكبر من طاقتها المحدودة، ولذا فإن الأمل أن يساعد المجتمع بكافة مؤسساته في تشجيع دمج الأطفال المعاقين في كافة نواحي الحياة، ولاشك أن هذا الدمج سوف يكون له أثره في تقبل الأسرة لطفلها المعاق، حيث تشعر الأسرة بأن لطفلها المعاق مكاناً بين الأطفال الأسوياء، ولهم ما لهم من حقوق، وبذالك تطمئن الأسرة على مستقبل ابنها في المجتمع. وقد وجد أن استقرار الأسرة واطمئنان الآباء على مستقبل طفلهم المعاق عقلياً ذو علاقة إيجابية بتحصيل القراءة والتحصيل العام لديه.

ولكي نيسر المسئوليات الملقاة على عاتق الأسرة التي بها طفل معاق، فإن المهتمين بسياسة الدمج يهيبون بالمجتمع أن يسهم بدور فعال من

أجل العمل نحو تشجيع دمج الأطفال المعاقين في مجالات الحياة المختلفة من خلال السعي نحو تحقيق الإجراءات التالية:

أ- ينبغي أن يوفر المجتمع الخدمات التعليمية والنفسية الملائمة للأسر التي بها أطفال معاقين، وأن يعمل على تحسين الخدمات الإرشادية والتعليمية للآباء، ويكون هناك تعاون تام بين الآباء والمدرسين لكي نساعد الطفل على إنماء طاقاته الكامنة.

ب- على المجتمع أن يضع في خططه دمج الأطفال المعاقين داخل المجتمع، وتنفيذ البرامج الموضوعة من أجل تحقيق ذلك لتخفيف عزلتهم، وتيسير المشاركة الكاملة في كل جوانب الحياة.

ج- من الاعتبارات الهامة العمل على دمج الأطفال شديدي ومتعددي الإعاقة في أنشطة المجتمع وقت الفراغ، فهذه الأنشطة يمكن أن تكون بمثابة السبيل نحو حياة عادية لهؤلاء الأشخاص. هذا بجانب تشجيع الأنشطة التي يشترك فيها الأشخاص المعاقون مع الأسوياء.

د- على المجتمع تشجيع قيام المنظمات التطوعية التي تهدف نحو مساعدة الآباء والأمهات في كيفية التعامل مع أبنائهم المعاقين، وتوفير وتنظيم دورات التدريب المهني للمعاقين لإعادة تأهيلهم ودمجهم في المجتمع.

هـ- ينبغي أن تعمل الدولة على توفير أقصى عدد من الوظائف للأشخاص المعاقين وتشجيع ذلك. وفي بعض الحالات فإنه من الضروري توفير فرص عمل مخصصة للمعاقين لتيسير توظيفهم كالمصانع الآمنة أو المجهزة للأشخاص المعاقين. لأنهم في حاجة إلى عون خاص، ويتوقعون أن يلعب الآخرون في المجتمع دوراً فعالاً كي يشركوهم في العملية الإنتاجية، فإذا ما فعلوا ذلك فهم يتيحون لهم البداية لحياة لها معني عميق.

و- على الدولة أن تعمل على تبادل المعلومات والخبرات التعليمية بين الدول المختلفة التي تأخذ بسياسة الدمج، والتعرف على الأبحاث والمناهج

الدراسية، ومثل هذه المعلومات تعد منابع رئيسية مشتركة يجب أن تعمل الدولة بكل قوة على المساهمة فيها.

ز- لا بد من تدريب أشخاص من المجتمع (المشرفون المحليون المتطوعون) ومن أسر المعاقين، بواسطة متخصصين في مجالات الإعاقات المختلفة (سمعية، بصرية، ذهنية)، مما يساعد على زيادة التكيف السلوكي والمهارات السلوكية لدى الأطفال المعاقين وتعديل اتجاه أمهات الأطفال المعاقين تجاه المجتمع الذي يعيشون فيه.

تحفظات على سياسة الدمج الكامل:

أبدى الخبراء بعض التحفظات على سياسة الدمج الكامل للأطفال شديدي ومتعددي الإعاقة، ومن هذه التحفظات أن عملية الدمج ليست على نمط واحد من حيث التنفيذ، فالدمج يجب أن يكون ملائما للظروف التعليمية والاجتماعية وللثقافة العامة للمجتمع، ولذا فإن كثير من الدول في حاجة إلى معلومات في نواحي مختلفة عند تطبيق سياسة

الدمج في أنظمتها التعليمية، ويجب أن تعمل كل دولة على تكييف هذه المعلومات وفقا لظروفها وإمكانياتها. ومنها أيضاً أن إجراء الدمج يسمح بظهور الفروق الفردية باختلاف أنواعها وهي لا تتركز على الطفل المعاق، ومن ثم يجب أن تؤخذ في الاعتبار حاجات كل طفل، فالدمج لا يعتبر كشئ يجب تطبيقه كأنه لافته أو مذهب يلتزم به حرفيا ولكنه يجب انجازه بطرق مختلفة وفي أماكن مختلفة وفقا للظروف المحيطة. كما وجد أن الأطفال شديدي الإعاقة قبل أن يتم دمجهم في المدارس العادية هم في حاجة لأن يتفاعلوا من نفس المنهاج التعليمي كأقرانهم الأسوياء. وأيضاً يعتقد المعلمون في بلدان عديدة أن من الممكن دمج الأطفال بدنيا في الصفوف العادية على نحو فعال، بينما يرون أن ثمة مشكلات سوف تنشأ من جراء دمج الأطفال الذين لديهم صعوبات شديدة في التعلم، وأولئك المصابون بعجز يؤثر على أساليب الاتصال في الدراسة (ضعاف السمع والبصر، والصم والبكم) وتتوقف قدرة المعلمين

على مواجهة مطالب الدمج على قدرتهم على توسيع المنهج الدراسي وتعديل أساليبهم في التدريس، والاستقلال المهني والعمل كفريق. وأخيراً وجد أن الظروف الجسمية والحسية المختلفة التي يعاني منها ذوي الإعاقات الشديدة تتطلب تدخل المدرسين المتخصصين كي يتعاملوا معها بكفاءة.

وعموماً فإنه يجدر بنا الإشارة إلى أن دمج الأطفال المعاقين داخل النظام التعليمي العادي وصل إلى مراحل مختلفة في عدد من الدول الأوروبية، بعضها أحرز تقدماً جيداً والبعض الآخر أحرز تقدما طفيفاً.

الفصل الثالث

دمج الصم وضعاف السمع بمدارس التعليم العام

أولا: الإعاقة السمعية

ضم لفظ المعوقين سمعياً فئتي الصم وضعاف السمع، ويمكن تصنيف الأفراد المعوقين سمعياً وفقاً لدرجة ونوع الصمم، فهو إما أن يكون صمماً كلياً أو جزئياً (ضعف سمعي) ولا إرادياً أو متكسباً، مبكراً أو متأخراً فهم يمثلون مجموعة غير متجانسة من الأفراد تتباين خصائص السمع لديهم.

تقسم الإعاقة السمعية اعتماداً على ما يلي:

-عمر الفرد عندما أصيب بالإعاقة السمعية.

-سبب الإعاقة السمعية.

-نوع الإعاقة السمعية.

-درجة الإعاقة السمعية.

-وسائل الاتصال السمعي (لغة الإشارة - قراءة الشفاه - هجاء الأصابع).

-حالة السمع لدى آباء الأطفال ذوى الإعاقة السمعية.

- وجود أطفال آخرين مصابين بالإعاقة السمعية في الأسرة .

ومن هذا المنطلق فقد تعددت التعريفات والمفاهيم التي تناولت مصطلح الإعاقة السمعية، التي يمكن تناولها من خلال مدخلين رئيسيين هما المدخل التربوي والمدخل الطبي.

أ- المدخل التربوي:

يركز المفهوم التربوي للإعاقة السمعية على العلاقة بين فقدان السمع وتعلم اللغة والكلام ، وتعرف الإعاقة السمعية على هذا الأساس بأنها خلل وظيفي في عملية السمع نتيجة للأمراض أو لأي أسباب أخرى يمكن قياسها عن طريق أجهزة طبية ، ولذلك فهي تعوق اكتساب اللغة بالطريقة العادية.

إن الشخص المعاق سمعياً هو من حُرم حاسة السمع منذ ولادته أو قبل تعلمه الكلام إلي درجة تجعله - حتى مع استعمال المعينات السمعية -

غير قادر علي سماع الكلام المنطوق، ومضطراً لاستخدام الإشارة أو لغة الشفاه أو غيرها من أساليب التواصل.

المنظور التربوي للإعاقة السمعية يركز على العلاقة بين فقدان السمع وبين نمو الكلام واللغة، فالأطفال الصم الذين لا يستطيعون تعلم الكلام واللغة إلا من خلال أساليب تعليمية ذات طبيعة خاصة وقد أصيبوا بالصمم قبل تعلم اللغة أما ضعاف السمع فهم الأطفال الذين يتعلمون الكلام واللغة بالطريقة النمائية العادية أو أصيبوا بالإعاقة السمعية بعد تعلم اللغة.

ويعني ذلك أن الطفل الذي افتقد السمع منذ ولادته يكون له خصائص وصفات يختلف فيها عن الطفل الذي افتقد حاسة السمع بعد تعلم الكلام، فالطفل المحروم من حاسة السمع منذ الميلاد لم تتكون لديه أية معلومات عن البيئة التي يعيش فيها، وبالتالي فإنه يعيش في عالم صامت خالٍ من الأصوات - بعكس الطفل الذي حرم من حاسة

السمع بعد نمو اللغة عنده في أي مرحلة، فإنه قد تكونت لديه خبرات تساعده علي أن يكون أكثر توافقا واندماجا مع من يحيطون به عن الآخر.

وحيث أن الإعاقة تشمل الصمم الكلي بالإضافة إلي الصمم الجزئي (ضعف السمع) فإن إيضاح مفهوم الإعاقة السمعية يقتضي بالتالي إيضاح مفهومي الصمم وضعف السمع ويعرض الباحث ذلك فيما يلي:

مفهوم الصمم :

قد تناول مؤتمر البيت الأبيض لصحة الطفل وحمايته الأشخاص ذوى الإعاقة السمعية بأنهم :

-أولئك الأشخاص الذين يولدون ولديهم فقدان سمع مما يترتب عليه عدم استطاعتهم تعلم اللغة والكلام.

-أولئك الأشخاص الذين أصيبوا بالصمم في طفولتهم قبل اكتساب اللغة والكلام.

-أولئك الذين أصيبوا بالصمم بعد تعلم اللغة والكلام مباشرة لدرجة أن آثار التعلم قد فقدت بسرعة .

ويمكن تعريف الأطفال الصم بأنهم الأطفال الذين يعانون من نقص أو إعاقة في حاستهم السمعية بصورة ملحوظة، لدرجة أنها تعوق الوظائف السمعية لديهم، وبالتالي فإن تلك الحاسة لا تكون الوسيلة الأساسية في تعلم الكلام واللغة لديهم.

مفهوم ضعف السمع :

عرف بعض الباحثين في مؤتمر البيت الأبيض لصحة الطفل وحمايته الأشخاص ضعاف السمع بأنهم أولئك الأطفال الذين تكون قد تكونت لديهم مهارة الكلام والقدرة علي فهم اللغة، ثم تطورت لديهم بعد ذلك الإعاقة في السمع - مثل هؤلاء الأطفال يكونون علي وعي

بالأصوات ولديهم اتصال عادى - أو قريب من العادي - بعالم الأصوات الذي يعيشون فيه.

ولكن عارض ذلك مؤتمر مديري المدارس الأمريكية للأطفال الصم وذكروا أن ضعاف السمع هم الأطفال الذين تكون حاسة السمع لديهم رغم أنها قاصرة إلا أنها تؤدى وظائفها باستخدام المعينات السمعية أو بدون استخدام هذه المعينات.

ويعرف ضعاف السمع بأنهم أولئك الذين يكون لديهم قصور سمعي أو بقايا سمع، ومع ذلك فإن حاسة السمع لديهم تؤدى وظائفها بدرجة ما، ويمكنهم تعلم الكلام واللغة سواء باستخدام المعينات السمعية أو بدونها ويعني ذلك أن المعاق سمعياً يعاني عجزاً أو اختلالاً يحول دون استفادته من حاسة السمع لأنها معطلة لديه، ويتعذر عليه أن يستجيب استجابة تدل علي فهمه الكلام المسموع، ومن ثم فهو يعجز عن اكتساب اللغة بالطريقة العادية، بمعنى أن ضعيف السمع بإمكانه أن

يستجيب للكلام المسموع استجابة تدل علي إدراكه لما يدور حوله شريطة أن يقع مصدر الصوت في حدود قدرته السمعية.

وقد تم الاتفاق على تعريف ضعاف السمع بأنهم هم الذين لديهم سمعاً ضعيفاً لدرجة تجعلهم يحتاجون في تعليمهم إلي ترتيبات خاصة أو تسهيلات ليست ضرورية في كل المواقف التعليمية التي تستخدم للأطفال الصم كما أن لديهم رصيداً من اللغة والكلام الطبيعي.

من التعريفات السابقة نجد أن ضعاف السمع هم الذين يتسمون ببعض صعوبات في الكلام والنطق بسبب وجود عجز أو نقص في حاسة السمع بدرجة لا تسمح لهم بالاستجابة الطبيعية للأغراض التعليمية والاجتماعية، إلا باستخدام وسائل معينة.

ب- المدخل الطبي

يتعلق المفهوم الطبي للإعاقة السمعية بالعجز والتلف السمعي نتيجة

لسبب عضوي ولادي أو مكتسب، وفيما يلي عرضاً لمفهومي الصمم والضعف السمعي من الناحية الطبية:

مفهوم الصمم :

الأصم هو من تعدت لديه عتبة الحس السمعي ٩٠ ديسيبل على جهاز الأديوميتر في ترددات اللغة وهو المعوق سمعياً الذي مهما كانت درجة التكبير المقدمة له، لن يكتسب اللغة عن طريق القناة السمعية وحدها بل لابد من اللجوء إلي القنوات الحسية الأخرى كالبصر، واللمس، والإحساسات العميقة.

الذين لا يسمعون بكلتا الأذنين، وتكونان غير قادرتين تماماً علي الاستقبال أو التعامل مع الأصوات البشرية حتى مع أقصي درجة في التكبير السمعي. ويعرف الأصم بأنه الشخص الذي يعجز سمعه عند حد معين (٧٠ ديسيبل) عن فهم الكلام عن طريق الأذن وحدها، أي بدون استخدام معينات سمعية.

مما سبق يمكن القول أن الصم هم أولئك الذين تعطل لديهم المجال السمعي نتيجة ظروف طبيعية ولادية أو مكتسبة بيئية وبالتالي فإنهم فقدوا القدرة السمعية، حتى مع استعمال مغينات في أقصي حدودها التكبيرية.

-مفهوم ضعف السمع:

يعرف جاكسون ضعيف السمع بأنه ذلك الشخص الذي فقد جزءاً من سمعه بالرغم من أن حاسة السمع لديه تؤدى وظيفتها، ولكن بكفاءة أقل ويصبح السمع لديه عادياً عند الاستعاضة بالأجهزة السمعية.

يعرف ضعيف السمع بأنه هو الشخص الذي يعجز سمعه بمقدار فقد فى السمع (٣٥ - ٦٥ ديسيبل) ، مما يصعب عليه فهم الكلام، ولكن ليس إلي الحد الذي يضطره إلي استخدام أداة سمعية، بمعني أنه مازال يستطيع فهم الكلام عن طريق الأذن ولكن بصعوبة.

و ضعف السمع هو فقدان سمعي يبلغ من الشدة درجة يصبح معها التعليم بالطرائق العادية غير ممكن وغير مفيد ، وبالتالي فلابد من تقديم البرامج التربوية الخاصة ، وتكون درجة الفقدان السمعي لدى ضعاف السمع تتراوح بين ٢٦-٨٩ ديسيبل.

وتوصف شكوى ضعاف السمع بأنها نتيجة للمعاناة من ضعف في السمع بالأذنين على آلا تقل درجة فقدانه في الأذن الأحسن سمعاً عن ٤٠ وحدة سمعية أو أكثر، وذلك يخرج عن نطاق تقدير كل مصاب بضعف أو صمم في أذن واحدة فقط مهما كانت درجته. ويتضح مما سبق أن نسبة السمع المتبقية لدي الفرد تعد من أهم العوامل التي تفضل بين الصمم وضعف السمع، إلا أنها في الواقع ليست كل شئ، فهناك عوامل أخرى منها: وقت حدوث ضعف السمعي، قبل أو بعد اكتساب اللغة، وفترة بقائه واستمراره، ومتى تم اكتشاف الإعاقة، والتدخل العلاجي المبكر، ومدى فاعليته، وحماس الأسرة وتفاعلها في

العلاج للتقليل من آثار تلك الإعاقة، كما تعتمد أيضاً علي القدرات العقلية والحالة النفسية والانفعالية للمعاق سمعياً، والتي تؤثر علي إدراكه وقدراته التعليمية.

تصنيف الإعاقة السمعية :

لقد جرت العادة أن تصنف الإعاقة السمعية تبعا لثلاثة معايير هي :

× العمر عند الإصابة .

× موقع الإصابة .

× شدة الإصابة .

تصنف الإعاقة السمعية تبعا للعمر عند حدوث الضعف السمعي إلى إعاقة سمعية قبل اللغة وهي الإعاقة التي تحدث قبل تطور الكلام واللغة عند الطفل، وإعاقة سمعية بعد اللغة وهي الإعاقة التي تحدث بعد تطور الكلام واللغة . كذلك تصنف الإعاقة السمعية حسب هذا المعيار إلى إعاقة سمعية ولادية وإعاقة مكتسبة .

وتصنف الإعاقة السمعية تبعا لموقع الإصابة أو الضعف في الأذن إلى إعاقة سمعية توصيلية ، وإعاقة سمعية حسية – عصبية ، وإعاقة سمعية مركزية .أما تصنيف الإعاقة السمعية حسب شدة الصوت فهو كالتالي :

مستوى الخسارة السمعية بالديسبل	مستوى الإعاقة السمعية
٢٥ - ٤٠	الإعاقة السمعية البسيطة جدا
٤١-٥٥	الإعاقة السمعية البسيطة
٥٦-٧٠	الإعاقة السمعية المتوسطة
٧١-٩٠	الإعاقة السمعية الشديدة
أكثر من ٩٠	الإعاقة السمعية الشديدة جدا (حاد)

نسبة انتشار الإعاقة السمعية :

تشير الدراسات في الدول الغربية أن حوالي ٥% من طلاب المدارس لديهم ضعف سمعي إلا أن هذا الضعف لا يصل لمستوى الإعاقة . أما بالنسبة للضعف السمعي الذي يمكن اعتباره إعاقة سمعية فتقدر بحوالي ٠،٥% وتقدر نسبة انتشاره بحوالي ٠،٧٥% ، ولذلك يطلق على الإعاقة السمعية عادة بالإعاقة قليلة الحدوث .

أعراض بداية الإعاقة السمعية

١-إدارة الرأس نحو مصدر الصوت عند الإصغاء للكلام.

٢-ظهور إفرازات صديدية من الأذن أو احمرار في الصيوان.

٣-التشتت والارتباك عند حدوث أصوات جانبية.

٤-الميل للحديث بصوت مرتفع.

٥-استخدام الإشارات في المواقف التي يكون فيها الكلام أكثر فاعلية.

٦-الصعوبة الواضحة في فهم التعليمات وطلب إعادتها.

٧-عيوب في نطق الأصوات وخاصة حذف الأصوات الساكنة من الكلام.

٨-الالتزام بنبرة واحدة عند التحدث، أو لحذف بعض الحروف.

٩-الحرص على الاقتراب من مصادر الصوت ورفع صوت التلفاز والمذياع بشكل مزعج للآخرين.

١٠-عدم الانتباه والاستجابة للمتكلم عندما يتكلم بصوت طبيعي.

١١-الشكوى من آلام في الأذن أو صعوبة في السمع ورنين مستمر في الأذن.

١٢- ضعف في التحصيل بشكل عام وخصوصاً في الاختبارات الشفوية.

١٣-عدم المشاركة في الأنشطة والنشاطات وخصوصاً تلك تركز على استخدام حاسة السمع واللغة الشفهية

أسباب الإعاقة السمعية:

تتعدد أسباب الإعاقة السمعية ما بين وراثية جينية أو مكتسبة ويرجع ذلك إلى تعقد تركيب الأذن وتعدد مصادر الأمراض التي تصيب الأذن ما بين وراثية - التهابات - ضوضاء أو أورام؛ وفي دراسة للمركز القومي لإحصاءات الصحة العالمية ١٩٩٤ عن الأسباب المؤدية إلي الإعاقة السمعية لدى البالغين كانت كالآتي:-

- الشيخوخة ٢٨ %
- الضوضاء ٢٣٠٤%
- التهابات الأذن ١٢٠٢ %
- الأصوات الحادة الفجائية ١٠٠٣ %
- إصابات الأذن ٤٠٩%
- عملية الولادة ٤٠٤ %
- أسباب أخرى غير السابقة ١٦٠٨ %.

وليس هناك شك في أن ما يحدث قبل الولادة من مؤثرات يعتبر أسباباً محتملة للإصابة بفقدان السمع ولكن دورها غير مؤكد.

أن السبب الحقيقي في حوالي نصف الحالات الموجودة ما زال مجهولاً تما ماً، ولكن معظم هذه الحالات تعود أسبابها إلي الاضطرابات الوراثية.

ويمكن للباحث أن يتناول أسباب الإعاقة السمعية بعد تقسيمها إلى عوامل وراثية جينيه وعوامل بيئية مكتسبة كما يلي :

أولاً: العوامل الوراثية الجينية:

حيث تشير الدراسات إلى أن نحو ٥٠% من حالات الإعاقة السمعية تعزى لأسباب وراثية، والمرض هنا ينتقل للجنين عن طريق الجينات الحاملة للمرض من الأم أو الأب أو الأجداد وقد لا يكون المرض ظاهراً في الأقارب الحاليين من الأسرة، ويوجد منه نوعان.

الأول: يولد به الطفل ويلاحظ أنه لا ينتبه إلي الأصوات من حوله مهما كانت مرتفعة ويتأخر في النطق في أقرانه.

الثاني: يولد به الطفل طبيعياً ويسمع الأصوات من حوله جيداً ويتكلم مثل أقرانه في موعده ولكنه يفقد السمع في سن معينة قد تكون الخامسة أو السادسة من عمره.

كما يساعد زواج الأقارب علي الإصابة بالإعاقة السمعية خاصة في العائلات التي ينتشر بها الصمم، وفي دراسة قامت بها الإدارة العامة للتأهيل الاجتماعي للمعوقين عن العلاقة بين قرابة الوالدين وبين وجود حالات إعاقة سمعية متكررة في الأسرة الواحدة وتوصلت الدراسة إلي أنه في حالات الإعاقة السمعية المتكررة في الأسرة تزداد نسبة من كان آباؤهم أقارب وهذا يزيد احتمال مسئولية الوراثة عن حالات الإعاقة السمعية المتكررة في الأسر ومسئولية التزاوج القريب عن تجميع هذه العوامل الوراثية، وقد دفع الاعتقاد بمسئولية الوراثة عن حدوث

الإعاقة السمعية أن أصدرت بعض الدول مثل فنلندا تشريعاً بتحريم تزاوج المعاقين سمعياً فيما بينهم

ثانياً: عوامل بيئية أو مكتسبة:

ويمكن تقسيمها إلى عوامل تحدث قبل الميلاد وأثناء الميلاد وبعد الميلاد كما يلي:

أ. عوامل قبل الميلاد:

ترجع أسباب إعاقة سمعية إلى:

حدوث شذوذ جيني في اختلاف عامل الريزسى (RH) بين الأم والجنين، ويطلق عليه صمم خلقي ولادي

أو نتيجة لنقص الأكسجين خلال فترة الحمل ويسمي ذلك بالصمم المكتسب .

كذلك إصابة الأم الحامل بالفيروسات مثل الحصبة الألمانية والالتهاب السحائي والتهابات الغدد النكفية والحصبة والأنفلونزا ، وخاصة في

شهور الحمل الأولي أثناء تكوين الجنين داخل الرحم وتسبب عدم اكتمال نمو الأجهزة والأعضاء المختلفة ومن بينها الجهاز السمعي.

تناول الأم الحامل لأدوية ضارة بالجنين دون استشارة طبية إذ تؤدي هذه الأدوية إلي عدم اكتمال نمو الجنين ومن ثم ولادته بعيوب خلقية.

التسمم الحملي والنزيف الذي يحدث قبل الولادة والأمراض التي تصيب الأم أثناء الحمل .

ب- عوامل تحدث أثناء الولادة:

وتكون مصاحبة لعملية الولادة مثل :

الولادة المتعسرة التي تطول مدتها

ولادة الجنين قبل موعده مما يحتاج إلى وضعه في حضانة

ولادته مصاباً بالصفراء إذ أن زيادة نسبة الصفراء في الدم عن ٣٤٠ ميكرومول/ لتر يؤدى إلي فقدان السمع خاصة عند ملاحظة تلون عين قرينة المولود باللون الأصفر .

جـ - عوامل تحدث بعد الميلاد:

إصابة الطفل ببعض الأمراض خصوصاً في السنة الأولي من حياته مثل الحميات الفيروسية والميكروبية كالحمى الشوكية أو الالتهاب السحائي والحصبة والتيفود والأنفلونزا والحمى القرمزية والدفتريا ، ويترتب علي هذه الأمراض تأثيرات مدمرة في الخلايا السمعية والعصب السمعي. وتعتبر الحصبة الألمانية أكثر الأسباب الولادية شيوعاً مسببة للضعف السمعي والصمم ، فقد ذكر مارتن Martinأن الصمم يحدث في حوالي ثلث الأطفال المصابين بالحصبة الألمانية، وأشار نفس المؤلف إلي أن القضاء علي الحصبة الألمانية يقضي علي خمس حالات من الصمم الولادي

وهناك أنواع أخرى من الأمراض تؤدى إلى ظهور العديد من الاضطرابات السمعية كالتهاب الأذن الوسطي الذي يشيع بين الأطفال في سن مبكرة، وأورام الأذن الوسطي أو تكدس بعض الأنسجة الجلدية بداخلها

يحدث في بعض الحالات أن يتأثر الجهاز السمعي لدى الطفل نتيجة لوجود بعض الأشياء الغريبة داخل الأذن أو القناة الخارجية مثل الحصى والخرز والحشرات والأوراق وغيرها وكذلك نتيجة لتراكم المادة الشمعية أو صملاخ الأذن في القناة السمعية مما يؤدى إلي انسداد الأذن، فلا تسمح بمرور الموجات الصوتية بدرجة كافية، أو يؤدى وصولها مشوهة إلي طبلة الأذن.

وتمثل الحوادث التي تصيب الفرد سواء في الرأس أو الأذن واحدة من العوامل البيئية العارضة التي تؤدى إلي إصابة بعض أجزاء الجهاز السمعي كإصابة طبلة الأذن الخارجية بثقب وحدوث نزيف في الأذن

نتيجة آلة حادة أو لطمة أو صفعة شديدة أو التعرض لبعض الحوادث، كحوادث السيارات والسقوط من أماكن عالية.

وكذلك فترجع أسباب ضعف السمع إلى التهابات الجهاز التنفسي العلوي مثل التهابات الأنف والجيوب الأنفية والحلق واللوزتين واللحمية، والحنجرة والبلعوم الأنفي بقناة استاكيوس مما يؤدى إلي الالتهاب غير الصديدي للأذن الوسطى والذي يؤدى إلي وجود رشح خلف طبلة الأذن ومن ثم يتسبب في ضعفُ السمع أو الالتهاب الصديدي المتكرر والمزمن والذي يتسبب في ثقب طبلة الأذن وتآكل عظيمات السمع .

كما يحدث في بعض الحالات أن تسد قناة استاكيوس عند إصابة الفرد بالبرد الشديد أو الزكام، وينتج عن ذلك أن يكون الضغط الخارجي علي طبلة الأذن شديداً، وهنا لا تهتز الطبلة عند وصول الصوت إليها، ومن ثم لا تستطيع أن تؤدي وظيفتها.

وقد يحدث الضعف السمعي نتيجة تحطم السائل الداعم في القوقعة الهلالية الموجودة في الأذن الداخلية، أو نتيجة للتعرض لبعض الأمراض أهمها الحصبة الألمانية والحمى الفيروسية ومرض مينير Meniere Disease والنكاف والتهاب السحايا أو إصابة الأذن الداخلية وخاصة عصب السمع بأمراض تتلفها أو تعطلها عن العمل.

الضوضاء وتمثل الضوضاء عاملاً من أكثر العوامل تأثيراً على عملية السمع.

أنواع الضعف السمعي الناتج عن الضوضاء:

إزاحة عتبة السمع المؤقتة الناتجة عن الضوضاء.

إزاحة عتبة السمع الدائمة الناتجة عن الضوضاء.

ويتطلب كلا النوعين تعرضاً للضوضاء، سواء أكانت ذات طبيعة مستقرة أو على هيئة صدمة أو مزيجاً من الاثنين ويضاف إلي ذلك

الضعف السمعي الناتج عن مصدر صوتي قوى مكثف مثل: الطلقة النارية، صوت الانفجار.

إذ تسبب هذه العوامل نسباً متفاوتة من الضعف السمعي، قد يشفي بعضها ولكنها لابد وأن تترك بعض درجات الضعف السمعي والتأثير علي غشاء الطبلة وعظيمات الأذن السمعية مع درجات متفاوتة من تلف القوقعة .

القياس والتشخيص الخاص بالمعاقين سمعياُ

كيفية التعرف إلى ضعاف السمع :

إن قياس وتشخيص القدرة السمعية يتم وفقد عدد من الطرق والأساليب حيث تقسم تلك الطرق والأساليب إلى مجموعتين ، تمثل المجموعة الأولى الطرق التقليدية كمناداة الطفل باسمة ، وطريقة سماع دقات الساعة ، أما المجموعة الثانية فتمثل الطرق العلمية الحديثة ومنها طريقة القياس السمعي الدقيق وفيها يحدد أخصائي السمع درجة

القدرة السمعية بوحدات تسمى هيرتز والتي تمثل عدد الذبذبات الصوتية في كل وحدة زمنية ، وبوحدات أخرى تعبر عن شدة الصوت تسمى ديسبل ، أما الطريقة الثانية من الطرق العلمية في قياس وتشخيص القدرة السمعية فتعرف باسم طريقة استقبال الكلام وفهمه وأما الطريقة الثالثة فتسمى باختبارات التمييز السمعي ومن أشهرها اختبار ويب مان للتمييز السمعي واختبار لنداموود .

ومن بعض الأمثلة على المجموعة الثانية :

طريقة فحص تخطيط النغمة الصافية

حيث يقوم الأخصائي بقياس القدرة السمعية للفرد وتحديد عتبة تلك القدرة باستخدام جهاز الأوديوميتر حيث يقوم بوضع سماعات خاصة لكل أذن على حدة للمفحوص وبعدها يسمعه نغمات خاصة ذات ذبذبات تتراوح ما بين (١٢٥-٨٠٠٠) هيرتز شده تتراوح ما نسبته (صفر-١١٠) ديسبل

طريقة استقبال الكلام وفهمه :

وهنا يقيس الفاحص القدرة السمعية للفرد وتحديد قدرة وعتبة مدى سماعه للكلام باستخدام جهاز الاوديوميترا لخاص بالكلام وبعض على المفحوص في هذه الطريقة أصواتا بذبذبات وشدة متدرجة باستخدام السماعات ومضخات الصوت ويطلب منه أن يعبر عن مدى سماعه الأصوات المعروضة عليه أو إعادتها وبهذه الطريقة يستطيع الأخصائي تحديد عقبة المفحوص لاستقبال الكلام.

الاختبارات التربوية للتمييز السمعي :

مقياس : جولدمان فرستودكوك للتمييز السمعي:

يهدف هذا المقياس لقياس قدرة الفرد على التمييز السمعي بين مجوعات من المفردات المتشابه من حيث اللفظ ، ويتكون المقياس من مجموعة من المفردات مرتبة في سلاسل حيث تضمر كل سلسلة اربع مفردات متشابهة من حيث اللفظ مثال (, Write , Bite , NIGHT

Lightبالإضافة إلى ذلك يضم المقياس كتيب خاص مؤلف من مجموعة من الصور .

ثانيا: آلية دمج الأطفال المعاقين سمعيا:

إن الخوض في موضوع دمج الأطفال المعوقين عموماً والأطفال المعوقين سمعياً خصوصاً يشكل أمراً ذا أهمية قصوى في فلسفة وبرامج التربية الخاصة والخدمات التي تقدمها دفاعاً عن حقوق المعوقين وتلبية لاحتياجاتهم واحتراماً لكرامتهم. ولن يتسنى لنا معرفة جدية هذا الأمر ما لم نضعه في إطاره الصحيح وسياقه المشخص ونتعرف على الاتجاهات السائدة في مدارسنا والمهيمنة على واقعنا والتي تشكل صمام الخطورة ومحور الإشكالية التربوية الثقافية في مجتمعنا. ومن الطرافة إن بعض هذه المدارس والمؤسسات التربوية تعيش حالة من الهجانة في بعدها عن محيطها الاجتماعي والاقتصادي والسياسي والثقافي ولا تزال

أسيرة ثقافة نخبوية منغلقة لا تقيم وزناً للعلاقة بين «الأنا» و«النحن» بين «الداخل والخارج».

ومن هذا الجانب يغدو الإعلام مقصراً بحق هؤلاء الأشخاص المعوقين، ولكن من جهة أخرى، فإن بذور الدمج قد نمت وترعرعت بفضل الحركات والمؤسسات الداعية للدفاع عن حقوق المعوقين وبفضل حملات التوعية الداعية لتغيير الاتجاهات نحوهم وبفضل البحوث والدراسات التي تشرع لمثل هذا الدمج الراشد والواعي.

ويمكن لنا من خلال التأمل في التطور التاريخي للتربية الخاصة أن نتبين التحول الكبير من ممارسة العزل والرفض نحو تطبيق الدمج والقبول، وصارت الكثير من دول العالم تتبنى فلسفة الدمج للجميع باستثناء ذوي الإعاقات الشديدة والتوجه الحالي يطالب معلم الصف العادي بمسؤولية تعليم الطلبة من ذوي الإعاقة مع توفير نظم الدعم التنظيمي والإداري والتدريسي.

غير أن معارضي هذه الرؤية وهذه الفلسفة يرون أن الدمج لن يحسن أداء المعلم في التربية العامة أو الخاصة ولن يطور التعاون بينهما وبأن هذا سيؤدي إلى إلغاء مهنة التربية الخاصة حسب آرائهم وحساباتهم غير الواقعية وغير الدقيقة، معتقدين أن فلسفة الدمج تعني إغلاق فصول التربية الخاصة وتعليم جميع الطلبة من ذوي الإعاقة السمعية في مدارس السامعين.

الأهداف الأساسية من دمج المعوقين سمعياً في مدارس السامعين:

مد الطفل بلغة وكلام طبيعيين بما يتفق وسنه وتنمية سمعه ونطقه في المواقف الاجتماعية الطبيعية.

إضافة وسط لغوي يربط بين نشاط الطفل في اللعب ونموه المعرفي.

الإسراع بمستوى الطفل العلمي ومستوى انجازه.

توسيع الفرصة أمامه ليكمل تعليمه في المدرسة العادية.

اشتراك الطفل المعوق سمعياً مع الطفل العادي في أنشطة المناهج يزيد من ثقته بنفسه والشعور بانتمائه لجماعة أكبر.

مواصفات الطفل الأصم المناسب للدمج

أهم المواصفات التي ذكرها (جاري نكس - ١٩٧٦) هي التالية:

1اكتشاف إعاقة الطفل السمعية منذ سن مبكر والتدرب على برنامج أسري للتربية الخاصة.

استعمال الطفل لسماعة مناسبة منذ وقت مبكر.

استخدام السماعة باستمرار وطوال اليوم.

تقليل الفروق بين الطفل الأصم وأصدقائه السامعين من حيث:

أالعمر الاستماعي.

بالعمر اللغوي.

جالعمر الاجتماعي والعاطفي.

دالمهارات الأكاديمية.

مستوى القراءة.

أن يتحلى بمعدل ذكاء متوسط أو عال.

الابتعاد عن الشخصية المنطوية الصامتة إلى الشخصية الاجتماعية.

6أن يكون لديه قدر مناسب من المفردات للتواصل السمعي والشفوي واستخدامها في الفصل الدراسي.

القدرة على التعلم في مجموعة كبيرة ومع مواد تعليمية جديدة.

أن تكون هناك مجموعة من الأخصائيين لمتابعة الطفل وأسرته في الإرشاد والتوجيه النفسي والخدمات التعليمية العلاجية.

وأي طفل معوق سمعياً سواء كانت إعاقته شديدة أم بسيطة إذا توفرت له هذه الشرط يمكن أن يحقق الدمج الناجح، وإذا لم تتوفر فالدمج في هذه الحالة يضره ويضيع وقته.

وعلى هذا فالأطفال المعاقون سميعاً غير القابلين للدمج هم:

الذين تكشف إعاقتهم مؤخراً ويتأخرون في التدريب.

الصم الذين يجمعون بين أكثر من إعاقة.

الأطفال الصم غير الناضجين اجتماعياً وانفعالياً.

4الصم الذين لا يستخدمون السماعات بشكل منظم.

الأسس الصحيحة للدمج:

تخصيص غرفة مصادر أو فصل خاص للصم مجهز بالأجهزة المناسبة للتدريب السمعي والنطقي.

توفير مجموعة من المدرسين المختصين برعاية الصم.

تهيئة الأطفال الصم للمنهج الجديد والمدرسة الجديدة ولزملائه السامعين قبل تحقيق الدمج.

اختيار الأطفال الصم المناسبين للدمج من حيث ذكائهم وعمرهم الاجتماعي والانفعالي واللغوي وتعاون أسرهم وغير ذلك.

ثالثا: المشكلات التي تواجه الصم في عملية الدمج بالمدارس العادية

١-المدرسة العادية تركز على التحصيل الدراسي وهو المطلوب ولكن عادة ما يكون تحصيل الصم الدراسي منخفض بشكل عام ولديهم مشاكل في القراءة والكتابة لا يتعدى الصف الدراسي الرابع ويحتاج الصم للتفاعل الاجتماعي والذي لا تركز عليه المدارس العادية وعند المقارنة بين مستوى الصم والعاديين بالطبع سيظلم الصم وسيتهم الأصم بالفشل الدراسي مما يسبب له مشاكل عديدة..مثل .الانقطاع عن التعليم / الفشل / الشعور بالدونية.............

٢- التفاعل بين الطلاب العاديين والصم يؤدى إلى نتائج عكسية أكثر من الايجابية لان الصم يتميزون بتقلب المزاج والكبرياء والانتماء الشديد لبعضهم البعض مما يبعدهم عن اكتساب الخبرات الاجتماعية من العاديين وبالتالي يتعرضون للسخرية والعزلة ......وبالتالي لتحقيق نتائج ايجابية نحتاج لجهود عارمة.

٣-الآباء بعض منهم يرفضون وجود طلاب صم مع أبنائهم العاديين في المدرسة العادية لوصفهم الصم (بالغباء -العدوانية-............)وبالتالي ينقلوا أبنائهم لمدارس أخرى.

٤-دمج الصم بالمدرسة العادية قد يحقق نوع من التفاعل الاجتماعي ولكن ليس بالشكل المأمول للعدم تخلى المدرسين عن طريقة التدريس التقليدية للعاديين وعدم قدرتهم على الاتصال بالصم.

٥-المنهج التعليمي الموحد للصم والعاديين أمر في غاية الصعوبة في واقعنا حيث توجد صعوبات خلط المنهج وإعداده أيضا أمر في غاية الصعوبة لان المدرس يتعامل بالكلام والصم بلغة الإشارة والعاديين بالكلام لذا هناك مشكلة

٦-المعلم واتجاهاته نحو الصم والعاديين في التدريس والاتصال والتحصيل والسرعة في الفهم التي تميز العاديين عن الصم مما يجعل المعلم يتجاهل الصم .

١٢- العاملين بالمدرسة العادية لايمكنهم تحقيق عملية الدمج لعدة أسباب منها:

أ- لديهم أفكار ومعلومات خاطئة عن الصم.

ب- لا يعرفون سمات وخصائص الصم.

ج- ليس لديهم مهارات الاتصال بالصم.

د- عدم تخليهم عن أفكارهم بسهولة .

المشكلات والصعوبات التي تواجه العاديين في عملية الدمج مع الصم

- تعليم الصم في المدارس العادية يحتاج أن يكون زمن الحصة طويل،واختلاف طرق شرح المدرس وتبسيط الأمور للغاية لتناسب الصم وكل ذلك يتعارض مع ما يقدم للطلاب المتميزين من العاديين وإهدار الوقت.

- يعانى الصم من العديد من المشكلات في المدارس العادية / كالتحدث /اللغة/والمهارات الاجتماعية و.................. لذلك يجب إعادة تأهيلهم مما يدفع المعلم للتفاعل معهم على حساب العاديين.

-إذا كان الأصم لديه إعاقات متعددة فذلك يتطلب جهود وافرة من المعلم لمساعدتهم على حساب العاديين.

-ظهور صراعات ومشكلات بين الصم والعاديين لاختلاف القدرات والخبرات.

-الأصم يحتاج إلى لغة الإشارة بدلا من اللغة الصوتية التي يألفها العاديون مما يجعل المعلم يستخدم طرق تواصل أخرى لا يألفها العاديون مما يؤثر على مستواهم.

- الصم يفضلون الجلوس في الفصل على هيئة (حدوة حصان)أو(مربع ناقص)ليستطيعوا رؤية المعلم وباقي تلاميذ الفصل

وهو أمر غير متبع بالمدارس العادية وتحقيقه يتطلب عددا صغيرا من الطلاب وأماكن واسعة في الفصل.

-عدم قدرة أي معلم مهما كانت قدراته على المساواة في التعليم بين الصم والعاديين وقد لا يوحد التعامل معهم ولكن قد يكون التدريس لفئة على حساب الأخرى.

ثالثا: التخطيط لبرامج الدمج.

الأسس الواجب مراعاتها في التخطيط لبرامج الدمج

تحديد أغراض وأهداف قريبة وبعيدة المدى للبرنامج وصياغتها بصورة تكون قابلة للتحقيق.

تحديد نوع البرنامج من حيث الفترة الزمنية.

تحديد طبيعة البرنامج في صف عادى أو خاص أو غرفة مصادر

تحديد نوعية البرنامج التعليمي المراد تطبيقه.

عملية دمج الصم يجب أن تمثل إستراتيجية نسعى لتحقيقها على جميع المستويات المسؤلة ولابد من وجود العقيدة التربوية المبنية على أسس تربوية إنسانية ودولية لتحقيق عملية الدمج بنجاح على كافة المستويات ولتفادى المشكلات ونجاح عملية الدمج تحقق مالم نحققه المؤسسات في تأهيل الصم في الجوانب النفسية والاجتماعية .... ولتحقيق هذا النجاح هناك أسس يجب مراعاتها.......

-دمج الصم في المدرسة العادية يتيح لهم التعامل مع الأفراد العاديين في المدرسة وهم نفس الأفراد الذين يعيشون معهم في المجتمع فلماذا العزل بينهم في المدرسة؟

-دمج الصم والعاديين سوف يزيل المخاوف التي بينهم ويحقق لهم التفاعل في المدرسة والحياة الخارجية.

-دخول الصم المدرسة العادية يجعل دافع الثقة للصم في أنفسهم في زيادة وبالتالي إخراج طاقتهم الكامنة ولمزيد من العلم والمعرفة والتغلب

على الجوانب السلبية ودخول المدرسة العادية هي شهادة لهم لا عليهم ودليل علي قدراتهم في ممارسة الحياة فليس بالسمع وحده يعيش الإنسان حياته.

سياسة دمج الصم في المدرسة العادية تجعنا نعيد النظر في هيكلة النظام الوظيفي لمؤسسات إعادة تأهيل المعاقين لتقديم خدمات ضرورية لمساندة عملية الدمج للأطفال سواء قبل أو بعد المدرسة من خلال إعادة تسمية تلك المؤسسات بمراكز الرعاية المتكاملة للأطفال لذوى الاحتياجات الخاصة وأسرهم.

توفير برنامج يضمن....

الإرشاد لزيادة الوعي بالإعاقة وأسبابها والوقاية منها للمجتمع

خدمات تربوية لتشخيص وعلاج الإعاقة وتقديم كل ما هو جديد

خدمات لغوية لعلاج عواقب الإعاقة على اللغة وتخفيف آثارها

تعليم الأسرة طرق الاتصال مع الصم.

خدمات اجتماعية لعلاج المشكلات السلوكية.

توفير الحضانة ورياض الأطفال لتكوين مهارات لغوية واجتماعية للصم قبل دخول المدرسة.

دمج الصم يتطلب تهيئة نفسية وسلوكية و........ قبل دخول المدرسة في الجوانب الآتية.

زيادة الثقة بأنهم غير معاقين كبقية المعاقين.

عمل زيارات للمدارس التي يفضل أن تكون قريبة من البيت.

عمل خطة نشاط لتبادل الزيارات بين طلاب المدارس العادية وطلاب المدارس الخاصة.

عمل برنامج ضيافة لطالب عادى في احد فصول الصم ليوم كامل وطالب أصم في فصل عادى ليوم كامل مع تطبيق شروط المضايفة

إقناع الطلاب الصم من أن يلتحقوا بالمدرسة العادية يتيح لهم فرص استكمال دراستهم الثانوية ودخول الجامعة.

الفصل الرابع

دمج الأطفال المكفوفين في المدارس العامة

أولا: الإعاقة البصرية

تعريف الإعاقة البصرية

تعرف الإعاقة البصرية على أنها حالة يفقد الفرد فيها المقدرة على استخدام حاسة البصر بفاعلية بما يؤثر سلبا في أدائه ونموه.

ويعرف اشروفت و زامبون الإعاقة البصرية على أنها عجز أو ضعف في الجهاز البصري تعيق أو تتغير أنماط النمو عند الإنسان.

كما ويعرف ديموت الإعاقة البصرية بأنها ضعف في أي من الوظائف البصرية الخمسة وهي: البصر المركزي، البصر المحيطي، التكيف البصري، البصر الثنائي، ورؤية الألوان وذلك نتيجة تشوه تشريحي أو إصابة بمرض أو جروح في العين . ومن أكثر أنواع الإعاقات البصرية شيوعا الإعاقات التي تشمل البصر المركزي والتكيف البصري والانكسار الضوئي.

ومن أكثر التعاريف المستخدمة حاليا تعريف بارجا والذي ينص على : أن الأطفال المعوقين بصريا هم الأطفال الذين يحتاجون إلى تربية خاصة بسبب مشكلاتهم البصرية الأمر الذي يستدعي إحداث تعديلات خاصة على أساليب التدريس والمناهج ليستطيعوا النجاح تربويا.

ومن ناحية عملية يصنف الأطفال المعوقين بصريا إلى فئتين:

أـ الفئة الأولى:هي فئة المكفوفين وهي أولئك الذين يستخدمون أصابعهم للقراءة ويطلق عليها اسم قارئ بريل

ب ـالفئة الثانية: هي فئة المبصرين جزئيا وهم أولئك الذين يستخدمون عيونهم للقراءة ويطلق عليها أيضا قارئ الكلمات المكبرة أما التعريف القانوني الطبي للإعاقة البصرية فهو يعتمد على حدة البصر .

و المقصود بحدة البصر هو القدرة على التمييز بين الأشكال المختلفة على أبعاد معينة (مثل قراءة أحرف أو أرقام أو رموز أخرى) وعلى وجه

التحديد فإن حدة البصر هي الأبصار العادية هي ٢٠/٢٠ أو ٦/٦وذلك يعني أن الفرد يستطيع قراءة الأحرف على لوحة سنلن على بعد ٢٠قدم أو٦ أمتار.

فإذا كانت حدة البصر لدى الفرد ٢٠/٢٠٠ أو دون ذلك فهو مكفوف طبيا.

ويميز التربويون عادة بين المكفوفين و المبصرين جزئيا(ضعاف البصر) حيث يعرف المكفوف تربويا بأنه شخص الذي فقد قدرته البصرية بالكامل أو الذي يستطيع إدراك الضوء فقط (يفرق بين الليل والنهار) ولذا فإن عليه الاعتماد على الحواس الأخرى للتعلم.

ويتعلم المكفوف القراءة والكتابة عادة عن طريق بريل . وعلى أية حال،فالمكفوف لديه عادة شيء من القدرة البصرية أو ما يسمى بالبصر الوظيفي.

التعريف القانوني للإعاقة البصرية:

المكفوف :هو شخص لديه حدة بصر تبلغ ٢٠/٢٠٠ أو أقل في العين الأقوى بعد اتخاذ الإجراءات التصحيحية اللازمة أو لديه حقل إبصار محدود لا يزيد عن ٢٠درجة.

ضعيف البصر (المبصرجزئيا):هو شخص لديه حدة بصر أحسن من٢٠/٢٠٠ ولكن أقل من ٢٠/٧٠ في العين أقوى بعد لإجراء التصحيح اللازم.

التعريف التربوي للإعاقة البصرية:

المكفوف : هو شخص يتعلم من خلال القنوات اللمسية أو السمعية.

ضعيف البصر: هو شخص لديه ضعف ببصري شديد بعد التصحيح ولكن يكون تحسين الوظائف البصرية لديه.

محدود البصر:هو شخص يستخدم البصر بشكل محدود في الظروف الاعتيادية.

تعريف منظمة الصحة العالمية للإعاقة البصرية:

الإعاقة البصرية الشديدة : حالة يؤدي الشخص فيها الوظائف البصرية على مستوى محدود.

الإعاقة البصرية الشديدة جدا : حالية يجيد فيها الإنسان صعوبة بالغة في تأدية الوظائف البصرية الأساسية.

شبه العمى : حالة اضطراب بصري لا يعتمد فيها على البصر.

الاكتشاف المبكر للإعاقة البصرية

يعتمد تأثير المشاكل البصرية على الفرد على العوامل التالية:

- مدى حدة فقد البصر

-نوع فقد الشخص له - كلياً أم جزئياً

-السن الذي فقد فيه

-وظائف الأجهزة الأخرى عند الإنسان

من هنا تبرز أهمية الاكتشاف المبكر للإعاقة البصرية، فعندما يكون هناك عوق بصري لدى الطفل في أولى مراحل الحياة، فإنه يفقد النزعة الاستكشافية، وهي نزعة مهمة للتعلم من الحياة من حوله، ومن ثم نقص الخبرات والمكتسبات، التقليد والمحاكاة، فهم اللغة الجسدية التعبيرية و الأشارات، وتزداد تلك المشاكل مع الدخول للمدرسة مما يؤدي إلى الفشل الدراسي، ولابد في كل المراحل السنية من الانتباه للتأثيرات النفسية على الطفل.

- **العلامات الدالة على ضعف الابصار لدى الأطفال:**

غالباً لا يشتكي الطفل من علامات نقص الإبصار، فعلى الوالدين والأطباء والمدرسين الانتباه لبعض العلامات الدالة على ضعف

الأبصار لدى الطفل، ومنها:

الشكوى من التهابات العينين المتكررة

ظهور حركات غير عادية في العين

o كثرة اللعب في العينين

oالحركات السريعة لإحدى العينين أو كلتيهما

oالصداع المتكرر

oالميل إلى أحد الجانبين عند القراءة او مشاهدة التلفاز

oالميل على المكتب بصورة غير عادية

oوضع الكراسة أو الكشكول قريباً جداً من العين

oبطء القراءة أو صعوبة اكتشاف الحروف

oالفشل الدراسي

أسباب الإعاقة البصرية والعمى

يعتبر انخفاض المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي والتعليمي من أهم العوامل المسببة **الإعاقة البصرية** والعمى، وهناك أسباب متعددة لهذه الإعاقة، وفي اغلب الحالات يمكن السيطرة عليها من خلال التوعية والإرشاد وبرامج التطعيم ومثال ذلك الأمراض المعدية كالتراخوما والحصبة وغيرها، والبعض ازداد مع التطور الصناعي مثل التسمم بالرصاص والإشعاعات وغيرها، واذا كان السكري والمياه الزرقاء هي السبب الرئيسي في الدول المتقدمة، فمازالت المياه البيضاء ونقص فيتامين ألف هي المسبب للعمى في الدول الفقيرة.

هناك أسباب عديدة للإعاقة البصرية وفيما يلي عرض موجز لأهم تلك الأسباب.

ـ الجلوكوما:

الجلوكوما أو ما يعرف أيضا باسم المياه السوداء هي زيادة حادة في ضغط العين مما يحد من كمية الدم التي تصل إلى الشبكية ويؤدي إلى تلف الخلايا العصبية وبالتالي العمى إذا لم تكتشف الحالة وتعالج مبكرا. وتعالج الجلوكوما الطفولية جراحيا في العادة، أما لدى الكبار فهي غالبا ما تعالج بالعقاقير.

وتتدهور الحالة البصرية في هذه الحالة بالتدريج ولا تتأثر حدة البصر في البداية حيث أن البصر المحيطي هو الذي يتأثر وذلك لآن التلف يحدث في الجزء الجانبي من الشبكية وينتقل تدريجيا إلى مركز الشبكية مؤديا إلى العمى.

ومع تطور الحالة يتألم المريض ويصبح الهدف من العلاج خفض الضغط وإيقاف أية تدهورات مزمنة.

إن سبب هذه الحالة غير معروف جيدا والمرض قد يحدث فجأة وقد يتطور تدريجيا .

وبعد سن الخامسة والثلاثين تزيد نسبة الإصابة بهذه الحالة لذا ينصح الأفراد بفحص العين بشكل دوري.

هذا وتصنف المياه السوداء إلى نوعين رئيسيين هما:

أ. المياه السوداء الولادية:

وتكون موجودة منذ لحظة الولادة بقليل . وتحتاج الحالة هذه إلى جراحة مباشرة لمنع التلف . وفي الحالات الشديدة تكون القرنية مدفوعة للأمام . وفي البداية يتجنب الطفل الضوء وتسيل دموعه بكثرة وهذه الأعراض تنتج عن زيادة الضغط الداخلي في العين وتلف العرنية إذ يحدث توسع فيها.

ب. المياه السوداء لدى الراشدين:

يعاني الأفراد المصابون بهذه الحالة من صداع في الجزء الأمامي من الرأس خاصة في الصباح ويمكن معالجة هذا النوع من المياه السوداء في كثير من الأحيان بقطرة العيون التي تعمل على خفض الضغط .

وقد يكون كلا النوعين (الجلوكوما الولادية وجلوكوما الراشدين) أوليا (أي ليس ناتجا عن مرض ما في العيون) أو قد يكون ثانويا (ناتجة عن مرض ما في العين).

اعتلال الشبكية السكري:

هو مرض يؤثر على الأوعية الدموية في الشبكية وقد يؤدي النزيف في تلك الأوعية إلى العمى .

إذا اكتشفت حالة السكري وعولجت فمن الممكن تأخير حدوث الاعتلال أو منعه .

ولا يوجد علاج مناسب لاعتلال الشبكية وإن كان العلاج حاليا يركز على تخثير الدم عن طريق استخدام أشعة الليزر.

مراحل إعتلال الشبكية السكري:

انسداد الشعيرات الدموية مؤدياً إلى نقص التغذية الدموية و الأوكسجين اللذان يصلان إلى الشبكية.

تورم الشبكية و ظهور تجمعات دموية و زلالية.

تكاثر شعيرات دموية جديدة ضعيفة الجدار سهلة النزف.

تكرار حدوث النزف داخل الشبكية و الجسم الزجاجي للعين.

تليف الشبكية و الجسم الزجاجي.

انفصال الشبكية.

مرض الشبكية السكري ...البقع البيضاء عبارة عن زلال و الحمراء نزيف

أعراض إعتلال الشبكية السكري:

و هي عادة تظهر في المراحل المتأخرة من الإصابة حيث أن الغالبية العظمى من المصابين ليست لديهم أعراض في المراحل الأولى من المرض- وهي:

ضعف النظر - المفاجئ أو التدريجي.

ظهور (مشاهدة) أجسام متحركة في مجال البصر.

مشاهدة وميض مفاجئ.

ظهور عتمة في مجال البصر.

ألم بداخل العين.

عوامل تزيد من شدة اعتلال الشبكية السكري:

ارتفاع ضغط الدم.

التدخين.

ارتفاع الدهون في الجسم.

الحمل.

يجب مراجعة طبيب العيون عند بداية تشخيص مرض السكري وبشكل دوري حتى وإن لم يكن هناك أعراض وذلك لتجنب إصابة الشبكية و فقدان البصر.

علاج اعتلال الشبكية السكري:

ويهدف إلى وقف التطور في الإصابة و المحافظة على ما تبقى من الإبصار لذلك كانت أهمية دور العناية بمستوى السكر في الدم لتجنب الإصابة و التطور في اعتلال الشبكية:

العلاج بالليزر : ويهدف إلى السيطرة على زيادة الشعيرات الدموية غير الطبيعية - إزالة الترشيح والتورم في الشبكية وخصوصاً في مركز الإبصار.

العلاج بالتبريد : ويستخدم بدلاً من الليزر في حال تعذر استخدام الليزر - ويؤدي إلى نفس أهداف الليزر.

العلاج الجراحي لإزالة النزيف المزمن في الجسم الزجاجي للعين وانفصال الشبكية.

التهاب الشبكية الصباغي :حالة وراثية تصيب الذكور أكثر من الإناث تتلف فيه العصي في الشبكية تدريجيا.

ويحدث عمى ليلي (العشى) في البداية ويصبح مجال الرؤية محدودا أكثر فأكثر ويحدث ضعف في حدة البصر إلى أن يصبح نفقيا وغالبا ما

يكون هذا المرض مرتبطا بأمراض تنكسية في الجهاز العصبي المركزي، ولا يوجد علاج فعال لهذه الحالة.

ـ تنكس الحفيرة:

اضطراب في الشبكية يحدث فيه تلف في الأوعية الدموية في منطقة الحفيرة (المنطقة المركزية) ويواجه الشخص صعوبة في رؤية الأشياء البعيدة والأشياء القريبة . وهذا المرض يصيب الكبار في السن ويصيب الإناث أكثر من الذكور .

وكما هو معروف، فإن النقطة المركزية مسؤولة عن البصر المركزي ولهذا فالاضطراب يؤدي إلى فقدان البصر المركزي ولا يكفي البصر المحيطي المتبقي لتأدية الأعمال القريبة من العين كالكتابة والقراءة والأعمال اليدوية.

ـ الماء الأبيض:

هو إعتام في عدسة العين وفقدان للشفافية يؤدي إلى عدم القدرة على الرؤية إذا لم تعالج الحالة .

وهذا المرض يحدث عادة لدى الكبار ولكنه قد يحدث مبكرا أيضا يسبب عوامل مثل الوراثة والحصبة الألمانية وإصابات العين . وتسمى الحالة لدى الأطفال بالماء الأبيض الولادي حيث تكون القدرة على رؤية الأشياء البعيدة ورؤية الألوان محدودة .

ويشكو الفرد من حساسية كبيرة للضوء أو من عدم القدرة على الرؤية الجيدة في ظروف الإضاءة القوية أو في الليل. ويزداد هذا المرض سوءا تدريجيا ويحدث صعوبة في الرؤية .

وتعتمد الأعراض على المساحة في العدسة التي حدث فيها تعتيم.

عندما تزال العدسة يصبح البصر ضعيفا جدا ولا يحدث تركيز للضوء فقد تصبح حدة الإبصار ٢٠/٢٠٠ إلى ٢٠/٤٠٠ في العين التي اجري لها عملية جراحية .

ولهذا فبعد إزالة العدسة المعتمة توضع عدسة طبية خاصة . ونسبة نجاح هذه العملية تقدر بحوالي ٩٠ - ٩٥. % .

ـ انفصال الشبكية

ينتج انفصال الشبكية عن جدار مقلة العين عن ثقب في الشبكية مما يسمح للسائل بالتجمع الأمر الذي ينتهي بانفصال الشبكية عن الأفراد التي تتصل بها.

ويسعى العلاج إلى إغلاق الثقوب وإعادة توصيل الشبكية بالجدار ويمكن معالجة أكثر من ٩٠% من هذه الحالات بنجاح . ومن أهم أعراض انفصال الشبكية ضعف مجال الرؤية والآلام الشديدة والضوء

الومضي الخاطف . هذا وتعود حالة انفصال الشبكية لعدة أسباب منها إصابات الرأس وقصر النظر التنكسي والسكري.

ـ عمى الألوان:

حالة وراثية لا يستطيع الفرد فيها تمييز الألوان بسبب خلل في المخاريط.

وتتأثر حدة البصر عادة فتضعف إلى درجة كبيرة وقد يحدث حساسية للضوء ورأرأة .

أما مجال الرؤية فهو في العادة يكون عاديا.

ـ ورم الخلايا الشبكية:

ورم خبيث في الشبكية إذا لم يعالج ينتشر إلى العصب البصري فالدماغ في بعض الأحيان يكون علاج هذا الورم إزالة العين كاملا، أما إذا كان الورم محدودا فالعلاج يكون بالأشعة.

ـ ضمور العصب البصري:

يحدث الضمور في العصب المركزي لأسباب عديدة كالأمراض التنكسية والحوادث والالتهابات والأورام ونقص الأكسجين وقد يحدث الضمور في أي عمر ولكنه أكثر شيوعا لدى الشباب .

وفي بعض الأحيان قد يكون هذا المرض وراثيا . وتعتمد قدرات الفرد البصرية على شدة التلف فقد لا يبقى لديه بصر جزئي.

ـ التليف الخلف عدسي:

مرض ظهر في عقد الأربعينات ينتج عن إعطاء الأطفال الخدج كميات كبيرة من الأكسجين مما ينتج عنه تلف في الأنسجة خلف العدسة . وقد تتأثر الأوعية الدموية أيضا وتتلف الشبكية .

وأحيانا تبقى بعض الخلايا في الشبكية سليمة ولهذا يصبح لدى الفرد ما يسمى برؤية النقاط وبشكل عام، قد ينتهي هذا العرض بالعمى التام .

ـ رأرأة العين:

حالة يحدث فيها حركات لا إرادية سريعة في العيون وهذا ينجم عنه غثيان ودوخة. وقد تكون حالة الرأرأة مؤشرا على وجود خلل في الدماغ أو مشكلة في الأذن الداخلية.

ـ الحو:

تتحكم عضلات العين الخارجية بحركة العيون بالاتجاهات المختلفة.

ومن المهم أن تحرك العينان معا لدمج الخيالات البصرية لإعطاء انطباع دماغي واحد لها وهذا ما يسمى بالبصر الثنائي، فإذا كان هناك خلل في إحدى العضلات فلن تتحرك العينان معا بشكل منظم وإذا ترك هذا الوضع دون تدخل علاجي فقد يستخدم الطفل عينا واحدة وأما العين الأخرى فيصيبها كسل .وإذا استمر الوضع هكذا تضعف العين بشكل

دائم. ويعتبر الحول إلى الداخل أكثر أنواع الحول شيوعا بين الأطفال.وفي العادة يكون هذا الحول في عين واحدة .

وفي بعض الحالات تكون كلتا العينين منحرفتين نحو الأنف وفي حالات قليلة يكون الحول إلى الخارج.

ويحتاج معظم الأطفال المصابين بالحول إلى جراحة حيث إن حالات قليلة فقط يمكن معالجتها بالنظارات.

ـ توسع الحدقة الولادي:

هو تشوه ينقل على هيئة جين سائد،تكون فيه الحدقة واسعة جدا نتيجة عدم تطور القزحية وكلتا العينين.ويحدث لدى الفرد حساسية مفرطة للضوء وحدة إبصار محدودة وربما أيضا رأرأة ومياه سوداء وضعف في مجال الإبصار.

ويستخدم الأفراد المصابون أحيانا النظارات والمعينات البصرية لتقليل كمية الضوء التي تدخل إلى العين.

- البهـق:

هو اضطراب تكون فيه الصبغة قليلة جدا أو معدومة ولهذا فإن الضوء الذي يأتي إلى الشبكية لا يتم امتصاصه .

وينتج البهق عن خلل في البناء وهو خلقي يكون فيه جلد الشخص أشقر وشعره أبيض وعيناه زرقاوتين.

وتكون القزحية شاحبة ولا تمنع الضوء الزائد من الدخول إلى العين لذلك تحدث حساسية مفرط للضوء. وتستخدم النظارات الشمسية لتخفيف ذلك وقد تستخدم العدسات التصحيحية أحيانا بهدف الحد من كمية الضوء التي تدخل العين ولكن ذلك لا يجعل البصر عاديا.

وقد يرافق حالة البهق مشكلات أخرى مثل عيوب الانكسار و الأستجماتزم والرأرأة وخاصة وعندما يتعب الشخص أو عندما يركز على الأشياء.

وبوجه عام، تتروح حدة البصر لهؤلاء الأشخاص بين٧٠ / ٢٠ إلى٢٠٠/٢٠.

ـ القصور في الأنسجة:

مرض تنكسي وراثي يظهر فيه بروز أو شق في الحدقة وتشوهات في أجزاء مختلفة من العين مثل عدم نمو بعض الأجزاء المركزية أو المحيطية في الشبكية.ويحدث في هذه الحالة ضعف في حدة البصر ورأرأة وحول وحساسية للضوء ومياه بيضاء.

ـ القرنية المخروطية:

حالة وراثية تنتشر فيها القرنية على شكل مخروطي. وتظهر الحالة في العقد الثاني من العمر وتؤدي إلى تشوش كبير في مجال الرؤية وضعف متزايد في حدة البصر في كلتا العينين.

وهذا الاضطراب أكثر شيوعا لدى الذكور.

- العين الكسولة:

حالة تحدث في مرحلة الطفولة المبكرة، وهي غير مفهومة جيدا طبيا. يحدث الكسل في عين واحدة عادة ولكنه قد يشمل كلتا العينين.

ويجب معالجة الكسل قبل بلوغ الطفل الثامنة أو التاسعة من العمر.

ويتمثل العلاج بإثارة العين المصابة لحبور بصرية عادية وذلك يشمل إغلاق (تغطية) العين الطبيعية ليستخدم الطفل العين الضعيفة.

إن أي عامل يعيق مرور الضوء بالشكل الطبيعي عبر العين قد يؤدي إلى هذه الحالة لأن ذلك قد يؤثر سلبا على النمو البصري الطبيعي مما يقود إلى كسل العين.

رابعا: طرق الوقاية من الإعاقة البصرية :

من أهم طرق الوقاية لتجنب الإعاقة البصرية ما يلي :

- التأكد من تاريخ الأسرة لكلا الزوجين وخلوهم من أمراض وراثية.

- فحص العين بشكل منتظم ومراجعة الطبيب في حالة حدوث اضطرابات أو التهابات في العين .

- استخدام القطرات الطبية المناسبة التي يصفها الطبيب لاستخدامها عند الولادة .

- اللجوء إلى فحص البصر من حين لآخر.

- استعمال النظارات الطبية التي يصفها الطبيب .

- معالجة مرض التراخوما .

- اختبار الطفل على معرفة الألوان .

- تناول الفتيامينات وتجنب مشاكل سوء التغذية .

- قياس ضغط العين وتقعر القرص البصري .

- تطعيم الأم ضد الحصبة الألمانية قبل الحمل .

- تجنب الأم الحامل لتناول الأدوية والعقاقير إلا بأمر الطبيب .

- تجنب الأم الحامل للأشعة السينية .

- وقاية العين من التعرض للجروح .

- العناية بنظافة العين باستمرار .

أساليب التواصل الفعالة المستخدمة في تعليم الكفيف

لاشك أن الكف البصري من أهم العوامل المؤثرة في عملية تعليم الكفيف ، وفي الاستفادة من أساليب التواصل ومصادره، حيث يتلقى الكفيف المعرفة عن طريق حواسه السليمة المتبقية، والبديلة عن حاسة الإبصار، كحاسة السمع، وحاسة اللمس .

وكلتا الحاستين لهما الأهمية نفسها، وغالباً ما تكونان مكملتين لبعضهما البعض في عملية التعلم، وذلك من خلال المصادر التعليمية ، والأساليب المتنوعة والمناسبة .

وفي مقدمة تلك الطرق : طريقة برايل والتي ما زالت تستخدم حتى الوقت الحاضر .

ثم تطورت الأجهزة المساعدة التي من خلالها يمكن توصيل المعلومات إلى الكفيف ، وصولاً إلى أجهزة الحاسب الآلي الخاصة به . ومن أهم تلك الطرق والأجهزة :

١- طريقة برايل :

وهي طريقه شائعة لتعليم المكفوفين القراءة والكتابة ، وتنسب إلى مخترعها (لويس برايل) الذي يعتبر رائداً لتعليم المكفوفين في العالم .

وتعد هذه الطريقة من أكثر الوسائل شهرة واستخداماً ؛ نظراً لسهولتها، إذ إن كثيراً من المكفوفين يفضلونها كأسلوب فاعل في عملية الكتابة والقراءة؛ على الرغم من توفر غيرها من الأساليب .

حيث تعلم المكفوفين للقراءة عن طريق الحروف المرسومة بطريقة الحروف الأبجدية للمبصرين هو إدعاء أكثر منه حقيقة على وطريقه " لويس برايل " كانت ولا زالت أفضل الطرق لتعلم المكفوفين ،

وطريقة (برايل) عبارة عن أسلوب للكتابة البارزة في تعليم الكفيف القراءة والكتابة .

وتعتمد على تجميع ست نقاط بارزة يمكن من خلالها ترميز المعلومات ، ويتمثل كل حرف باستعمال نقطة واحدة أو أكثر على خلية مستطيلة الشكل تعرف بخلية برايل، وكل نقطة من تلك النقاط تأخذ رقماً .

وتتم الكتابة بطريقة برايل من جهة اليمين إلى جهة اليسار، ولكن عند القراءة تقلب الصفحة وتقرأ من اليسار إلى اليمين؛ بتمرير الكفيف لأطراف أنامله على تلك النقاط البارزة، لإدراك الحرف الأول ، ثم ينتقل إلى الآخر لتكوين الكلمة .

أما الكتابة فتتم بواسطة قلم من الخشب أو البلاستيك خفيف الوزن ينتهي بسن مسماري ، ويستخدم لإبراز الحروف على الورق ؛ بالضغط على النقاط من خلال خانات مثقوبة في مسطرة معدنية خاصة ،

فتظهر الحروف أو الرموز بارزة على الوجه الآخر ، ليلمسها الكفيف بأطراف أنامله ويقرأها . وقد طرأت على هذه الطريقة عدة تعديلات، وعرفت بطريقة (برايل المعدلة) بعد عام (١٩١٩م) .

٢-آلة برايل الكاتبة :

وهي آلة كاتبة مصممة خصيصاً للكتابة بالنقاط البارزة (طريقة برايل) وتعرف أيضاً بـ (آلة بيركنز) وتتكون من ستة مفاتيح ،كل منها مخصص لكتابة نقطة من نقاط خلية برايل ، وتكون تلك المفاتيح منظمة في مجموعتين. كذلك يوجد بها مفتاحان مستديران، أحدهما في الجهة اليمنى، ويستخدم لتصحيح الأخطاء ، أما الآخر فيكون في الجهة اليسرى، ويستخدم للانتقال إلى السطر الجديد .

ويتم استعمال تلك الآلة بإدخال الورقة الخاصة في مكانها المحدد، ثم تدخل الحروف أو الرموز بالضغط على المفاتيح المحددة له، فتبدو الحروف ظاهرة وبارزة لتمثل الكلمة .

وتعتبر هذه الآلة مناسبة لتعليم المكفوفين الكتابة ؛ وبخاصة في بداية تعلمهم، حيث أنها تمتاز بالسهولة والفاعلية، كما أنها توفر للكفيف الوقت والجهد، مع إمكانية قراءة وتصحيح الكتابة مباشرة في الوقت نفسه .

ولكن هناك ما يؤخذ عليها، فهي ثقيلة الوزن، وتحتاج إلى درجة عالية من اليقظة والانتباه عند استخدامها، لتخيل شكل الحرف ، وإعطائه المفاتيح اللازمة لكتابته .

٣- طريقة تيلر :

تستخدم هذه الطريقة في حل العمليات الحسابية، والجبرية باستعمال رموز خاصة، مما ساعد الكفيف في حل العمليات الرياضية المعقدة،

التي لا يمكن أداؤها بطريقة برايل وحدها . وتنسب هذه الطريقة إلى مبتدعها (وليم تيلر) عام (١٨٣٨م) وسميت باسمه .

وهي عبارة عن لوحة معدنية بها ثقوب على هيئة نجمة ذات ثمانية زوايا، تنتظم في صفوف وأعمدة رأسية، وأفقية في الوقت نفسه، وتكون الأرقام والرموز على هيئة منشورات رباعية مصنوعة من المعدن .

٤- العداد الحسابي :

وهو عداد يدوي مستطيل الشكل ، مقسم أفقياً إلى جزئين :

سفلي، وعلوي بنسبة (١:٢) ويحتوي على (١٣) عموداً متوازياً بشكل رأسي، في كل منها خمس خرزات تتحرك بسهولة إلى الأعلى والأسفل . الجزء العلوي به خرزة واحدة فقط ، أما الجزء السفلي فيحتوي على أربع خرزات . ويستخدم هذا العداد في العليمات الحسابية البسيطة .

٥- آلة كرزويل للقراءة:

هي عبارة عن آلة تستخدم للقراءة . وتشبه هذه الآلة آلة التصوير إلى حد كبير، حيث يوضع الكتاب المطلوب قراءته على سطحها ، فتقوم كاميرا على تصوير المحتوى المكتوب على الصفحات، ويقوم الكمبيوتر بقراءته بصوت مسموع، ويعمل الكمبيوتر في هذا الجهاز تبعاً للقواعد اللغوية المخزنة في الذاكرة . وتتيح هذه الآلة إمكانية كبيرة للقارئ في تحديد سطر أو كلمة في صفحة معينة . يستطيع الوصول إليها عن طريق تعلم استخدام الجهاز .

ويعتبر هذا الجهاز من التقنيات الأكثر تعقيداً للكفيف ، كما أنه يتطلب تدريباً كافياً لاستخدامه ، والتعرف على جميع ملحقاته ومفاتيحه ، ليتمكن الكفيف وقتها من الاستفادة منه بشكل جيد .

الفرسا برايل:

وهو عبارة عن جهاز يستخدم للقراءات البسيطة، بعد تخزين البيانات، والمعلومات بطريقة برايل على شريط أو أقراص بعد تبويبها، وتنظيمها. كما أن لهذا الجهاز إمكانية الحذف أو الإضافة، أو الإستبدال للكلمات المخزونة فيه، ثم استدعاؤها عند الحاجة إليها . ويوجد على الجهاز صفيحة تبرز من خلالها نقاط عندما يعمل الجهاز، حيث يقوم الكفيف بقراءتها بطريقة برايل للنقاط البارزة .

وعند الانتهاء من قراءة السطر الذي بين يديه على الصفيحة ينتقل إلى السطر الذي يليه بواسطة لمسه مفتاحاً خاصاً بذلك . كما أنه يمكن توصيل هذا الجهاز بطابعة تحول النص المكتوب بطريقة برايل إلى طباعة مكتوبة مرئية، وأيضاً توصل الطابعة بجهاز لتحويل النص المخزون إلى نقاط بارزة على ورق برايل .

٧- كمبيوتر برايل :

وهو عبارة عن كمبيوتر عادي، ولكن يمتاز بإمكانية استخدامه من قِبل الكفيف، مرفق به مسطرة ذات ثقوب (البرايل)، وتتكون كل خلية من ثماني نقاط .

ويعمل هذا الجهاز على تخزين المعلومات، وعرضها للكفيف على مسطرة برايل المثقوبة من خلال نقاط بارزة، وفي الوقت نفسه، تعرض المعلومات على الشاشة بطريقة مرئية للمبصر .

وتخزين المعلومات على جهاز الكمبيوتر، يتم بالطريقة ذاتها للكمبيوتر العادي للمبصر .

ثم يقرؤه الكفيف باللمس من على مسطرة اللمس مستخدماً في ذلك أنامله للمسها .

٨- الأبتاكون:

هو جهاز إلكتروني صغير، يستخدم في مساعدة الكفيف على قراءة المطبوعات العادية، فيقوم بتحويل الكلمات المطبوعة بالطريقة العادية (المرئية) إلى بديل لمسي؛ يستطيع الكفيف قراءتها لمسياً عن طريق الذبذبات الكهربائية، التي تؤدي إلى وخزات خفيفة على الأصبع السبابة ليد الكفيف .

ويتكون ذلك الجهاز من كاميرا صغيرة تعمل بالليزر، ويقوم الكفيف بتمريرها على الكتابة المرئية، التي تنقل بدورها هذه الكلمات إلى قطعة أخرى من الجهاز متصلة بالكاميرا، وعند استعمال تلك الكلمات المرئية يحولها هذا الجهاز إلى ذبذبات كهربائية خفيفة، يمكن للكفيف الإحساس بها بعد وضع أصبعه السبابة في مكان مخصص في الجهاز؛ فيحس بتلك الذبذبات التي تشكل صوراً للكلمات المكتوبة على الورقة .

ولاستخدام هذا الجهاز يتطلب من الكفيف أن يكون على معرفة كافية بشكل الحروف، والكلمات المطبوعة (المرئية) ، وقد أوضحت نتائج الدراسات حول هذا الموضوع :

أن القراءة اللمسية بهذه الطريقة من خلال استخدام جهاز الأبتاكون، أبطأ بكثير من القراءة اللمسية بطريقة برايل، ويفضل استخدام هذا الجهاز عند القيام بالعمليات الحسابية؛ لأنه يسمح بقراءة المعادلات المعقدة التي يصعب العمل بها عن طريق آلة برايل. كما أنها تحقق للكفيف التحكم في القراءة والاستقلالية، دون وجود وسيط مبصر يساعده في قراءة بعض المواضيع المكتوبة بالطريقة المرئية كالصكوك، والرسائل الخاصة، دون الحاجة إلى الكشف عن خصوصياته وأسراره للآخرين .

جهاز برايل الناطق:

وهو عبارة عن كمبيوتر شخصي صغير يسهل حمله، ويمكن تشغيله بالبطارية؛ مما يساعد الكفيف على التحرك به لاستخدامه.

وهو مزود بلوحة مفاتيح مكونة من (٧) مفاتيح مشابهه للموجودة بآلة برايل الكاتبة .

وتستخدم كمنظم للملفات، ومتكلم، ومترجم وآلة حاسبة، بالإضافة إلى جزء ناطق للوقت، والتاريخ اليومي. وتتسع ذاكرته لتصل إلى أكثر من ٢٠٠ ورقة برايل، كما أن له إمكانية فحص وتصحيح الكلمات التي تمت كتابتها، ويمكن توصيله بطابعة عادية ، أو طابعة برايل .

١٠- الآلات الحاسبة الناطقة - :

وهي جهاز إلكتروني صغير، يستخدم لإجراء العمليات الحسابية ، مثل الآلات الحاسبة العادية، ولكن بمفاتيح لمسية مزودة بنقاط بارزة تشير إلى الأرقام والرموز .

وتعطي النتيجة بصوت مسموع، بالإضافة إلى الصورة الرقمية المقروءة .

ثانيا : دمج المكفوفين وضعاف البصر

مبررات الدمج وأهميته:

١- الاندماج هو الأسلوب الطبيعي نتيجة تعايش المكفوفين والمبصرين في بيئة اجتماعية واحدة .

٢- يتيح الدمج فرصة التعارف والفهم الأفضل من قبل كل طرف لظروف وإمكانات الطرف الآخر وبلورة أفكار ومفاهيم واقعية وصحيحة كل منهما عن الآخر ومن ثم تعديل الاتجاهات السلبية .

٣- يساعد الدمج على تحسين مفهوم الذات لدى الشخص الكفيف وتنمية الشعور بالثقة بالنفس والثقة في الآخرين.

٤- ازدياد المطالب الحياتية تعقيدا يوما بعد يوم بحيث لم يعد من الممكن تلبيتها بدرجة مناسبة داخل البيئة المعزولة ذات الإمكانيات المحدودة

٥- قلة مؤسسات التربية الخاصة، مع وجود عدد من الأطفال المكفوفين في عدد من المناطق النائية ، مما يجعل الدمج احد الحلول العملية لتعليم هؤلاء الأطفال وتأهيلهم.

٦- توفير الكلفة الاقتصادية اللازمة لإنشاء وتجهيز مؤسسات للتربية الخاصة.

٧- يساعد اندماج الكفيف على الشعور بالانتماء لدى المكفوفين تجاه المجتمع الذي يعيش فيه .

٨- عندما يرون طفلهم الكفيف يتفاعل مع الأطفال المبصرين ويتعلم في مدارسهم.

العوامل التي تساعد على نجاح عملية الدمج:

١- مشاركة أولياء الأمور وتفعيل دورهم بشكل ايجابي في هذا المجال.

٢- دمج الطالب في المدرسة الأقرب إلى محل إقامته .

٣- ألا يعاني الطالب المدمج من إعاقات أخرى.

٤- أن يعد الطالب إعدادا جيدا في المهارات الاستقلالية والحركة والتنقل .

٥- توفير الأدوات والوسائل التعليمية اللازمة للطلبة المكفوفين بالمدارس العادية مثل:

-أجهزة الحاسوب .

-الوسائل التعليمية .

-العدسات المكبرة .

-المناهج المكتوبة بحروف كبيرة.

٦- تهيئة وإعداد الإدارة المدرسية وأعضاء هيئة التدريس لتقبل فكرة الدمج

٧- تحديد شكل الدمج المراد تنفيذه .

٨- الاعتماد على الأساس القانوني في قضية الدمج وانه حق من حقوق المكفوفين وليس مجرد شفقة أو منة عليهم.

٩- وضع معايير موضوعية لتقييم عملية الدمج بشكل مستمر .

١٠- التخطيط العلمي المسبق لعملية الدمج ووضع الحلول للصعوبات المحتملة وليس مجرد وضع الأطفال المكفوفين مع المبصرين في مكان واحد.

١١- توفير المتابعة المستمرة من خلال المستشار التربوي أو المعلم الجوال على مدار العام.

أشكال دمج المكفوفين

يذكر ووكر (Walker : 66) خمسة أشكال للدمج الأكاديمي :

١-الدمج طوال الوقت في فصول خاصة:

ويتوفر لهذا النوع من الدمج معلمون متخصصون وفصل مجهز يتلقى فيه المكفوفون وضعاف البصر اغلب المواد الدراسية .

٢- الدمج في فصول خاصة مشتركة:

يوجد في هذا النوع أساتذة متخصصون وغرفة مجهزة يتلقى فيه المكفوفون وضعاف البصر بعض المواد الدراسية بينما يقضون اغلب أوقاتهم في الفصل الدراسي العادي .

٣- غرفة المصادر :

هي فصل مجهز يتردد عليه المكفوفون وضعاف البصر وفقا لجدول زمني معين أو كلما دعت الحاجة لذلك .

٤- المدرس الجوال:

وهو نظام يقوم على أساس أن يقضى المكفوفون أو ضعاف البصر اغلب يومهم الدراسي في الفصل العادي بينما يتلقون إرشادات خاصة، فرادى أو جماعات من المدرس الجوال الذي يقوم بمتابعة مدرسة أو أكثر لتقديم الإرشاد اللازم.

٥- المعلم المستشار :

وهو متعلم متخصص موجود في المدرسة بصفة دائمة ويقوم بتقديم الاستشارات بجانب أعماله الأخرى

وهناك عدد من الباحثين يفضلون تقسيم الدمج إلى نوعين رئيسيين:

الدمج الجزئي:

ويقصد به دمج الطلبة المكفوفين مع نظرائهم المكفوفين لبعض الوقت.

الدمج الكلي:

ويقصد به إلحاق الطلبة المكفوفين مع الطلبة المبصرين في المدارس العامة طوال الوقت.

الصعوبات التي تواجه دمج المكفوفين في المدارس العامة

١- الاتجاهات السلبية لبعض مدراء المدارس والمعلمين تجاه عملية الدمج

٢- قلة عدد مرات المتابعة بسبب بعد المناطق وعدم وجود الفريق المتخصص اللازم لعملية المتابعة.

٣- نقص المعلمين المتخصصين في تدريس المناهج الدراسية للمكفوفين وخاصة المناهج التي تحتاج إلى إعداد خاص كالرياضيات والحاسوب.

٤- قلة الخدمات التي تقدم في المدارس العامة مقارنة بالتي تقدم في مؤسسات التربية الخاصة.

٥- تقصير بعض أولياء الأمور في متابعة أبنائهم في المدارس العامة.

٦- تخوف عدد من المعلمين في المؤسسات الخاصة من ضياع وظائفهم في حالة نجاح عملية الدمج.

الفصل الخامس

دمج الأطفال التوحديين

أولا: مفهوم التوحد:

التوحد مصطلح يطلق على أحد اضطرابات النمو الارتقائي الشاملة التي تميز بقصور أو توقف في نمو الإدراك الحسي واللغة وبالتالي في نمو القدرة على التواصل والتخاطب والتعلم والنمو المعرفي والاجتماعي ويصاحب ذلك نزعه أنسابيه انطوائية وانغلاق على الذات مع جمود عاطفي وانفعالي.

يعرف التوحد بأنه عجز يعيق تطوير المهارات الاجتماعية والتواصل اللفظي وغير اللفظي واللعب التخيلي والإبداعي وهو نتيجة اضطراب عصبي يؤثر على الطرق التي يتم من خلالها جمع المعلومات ومعالجتها بواسطة الدماغ مسببه مشكلات في المهارات الاجتماعية تمثل في عدم المقدرة على الارتباط وخلق علاقات مع الإفراد وعدم القدرة على اللعب واستخدام وقت الفراغ وعدم القدرة على التصور البناء.

تعريف الجمعية الأمريكية للتوحد:

هو أعاقه تطوريه تظهر دائما في الثلاث سنوات الأولى من العمر وذلك نتيجة من الاضطرابات العصبية التي تؤثر على وظائف المخ وتسبب

ضعف في التواصل اللفظي والغير لفظي وضعف في التواصل الاجتماعي وأنشطه اللعب التخيلي .

تعريف الجمعية الوطنية للأطفال التوحيديين عام ١٩٧٨:

التوحد هو اضطراب أو متلازمة يعرف سلوكيا وان المظاهر المرضية يجب إن تظهر قبل إن يصل عمر الطفل إلى ٣٠شهرا.

ونستخلص من خلال هذه التعريفات التعريف الإجرائي للتوحد وهو: أن التوحد هو أحد اضطرابات النمو الارتقائي التي تصيب الطفل بضعف في النمو الإدراكي الحسي واللغوي والانفعالي والعاطفي..

نظريات اضطراب التوحد

هناك العديد من النظريات التي تطرقت لاضطراب التوحد ومن أهم هذه النظريات :

النظرية النفسية (السيكولوجية) للتوحد:

دعم الطبيب النفسي (Kanner) الموقف القائل أن الإصابة بالتوحد الطفولي ناتجة بشكل أساسي عن عوامل نفسية ، منها اتجاهات الآباء نحو أطفالهم وطريقة معاملتهم لهم ، وأن معظم الأشخاص المصابين

بالتوحد الطفولي كانوا معرضين منذ بداية حياتهم للبرود الأبوي ونوع آلي من الاهتمام باحتياجاتهم المادية فقط

واستخدم برونو بتلهايم (Bruno Betleheim) نظرية التحليل النفسي لتفسير التفاعل الطفولي الأبوي باعتباره عنصراً محورياً لتطور التوحد ، فقد أفاد بأن الأطفال المصابين بالتوحد يحاولون أن يدافعوا عن أنفسهم عن طريق العزلة والانسحاب من مواقف صعبة تواجههم يصعب عليهم تحملها .

وقد تعرض أصحاب هذه النظرية للانتقاد من بعض الباحثين مثل ريملاند (Remland) الذي اتخذ موقفاً صارماً ضد الاتجاهات السيكولوجية التي تبناها كل من بيتلهايم (Beteleheim) وكانر (Kanner) الذين كانوا يلومون الآباء في أنهم السبب في إصابة أبنائهم بالتوحد، حيث حددت النقاط الآتية كبراهين تفند السبب السيكولوجي للإصابة بالتوحد:

- إن بعض الأطفال المصابين بالتوحد مولودون لآباء لا تنطبق عليهم أنماط الشخصية الأبوية التوحدية.

- الآباء الذين لديهم أطفال توحديون لديهم أيضاً أطفال طبيعيون غير توحديين.

- مع وجود استثناءات قليلة جدا ، فإن أخوة الأطفال المصابين بالتوحد هم طبيعيون.

- الأطفال المصابون بالتوحد سلوكياتهم غير عادية منذ لحظة الولادة.

- نسبة الإصابة بالتوحد عند الذكور هي أربعة أضعاف نسبتها عند الإناث.

نظرية الاضطرابات الخلقية وصعوبات الولادة:

إن انتشار حالة التوحد يتباين بشكل ظاهر بين الأطفال المصابين بالحمى الخلقية والحمى الألمانية وقد شكلت نسبة الأطفال المصابين بالتوحد بين(٨ – ١٠%)، كما أن هنالك حالات عديدة من التوحد مصابة باضطرابات خلقية لارتباطها بصعوبات أثناء فترتي الحمل والولادة .

ففي دراسة أجريت على أطفال لآباء فصاميين (مصابين بالفصام) خلصت إلى أن أفراد العينة تعرضوا لصعوبات واضحة أثناء فترتي الحمل

والولادة، وكان معدل وزنهم عند الولادة أقل من معدل وزن الأطفال لآباء لا يعانون الفصام.

النظرية العصبية للتوحد:

إن حالات الإصابة بالتوحد الناتجة عن عوامل عضوية تكون ناتجة عن عيوب في الجهاز العصبي المركزي ، وتتمثل هذه العوامل في تأخر نمو اللغة، التخلف العقلي، السلوك الحركي الشاذ، الخمول والنشاط للمدخلات الحسية، ومستوى الاستجابة والحركة للمثيرات السمعية والبصرية، كما أن العديد من الأطفال المصابين بالتوحد عندما يصلون مرحلة المراهقة يظهرون اضطرابات معروفة بارتباطها الوثيق بالجهاز العصبي المركزي.

وأحياناً تظهر الفحوصات العصبية للأطفال المصابين بالتوحد شذوذات معينة مثل شذوذ نغمة العضلة الضعيفة ، ضعف التآزر السمعي البصري ، حدة في سيلان اللعاب والنشاط الزائد. وأحياناً تظهر بعض الفحوصات العصبية الدماغية للأطفال المصابين بالتوحد أن لديهم تخطيط كهربائي دماغي شاذ .

إن البحث عن عيوب محددة كسبب للشذوذ العصبي لدى الطفل المصاب بالتوحد أدت الى عدد من الفرضيات ، وافترض ريملاند أن الطفل المصاب بالتوحد ربما يفشل في تزويده بدرجة مناسبة من الأداء الوظيفي العام،وافترض كل من ديماير وبارتون وديماير أن مواقع التلف في القشرة الدماغية"(Cerebral Cortex)الطبقة الأكثر بعدا من الدماغ" قد تكون هي المسؤولة عن الاختلال الوظيفي اللفظي والإدراكي .

وهناك فرضيات حديثة تعتمد خاصية النمط المعرفي والعيوب اللغوية لدى المصابين بالتوحد تقول إن الاختلال الوظيفي يقع في نصف الكرة الأيسر للدماغ، وأن الوظائف المعرفية التي تبدو متوسطة لنصف الكرة الأيسر للدماغ (اللغة ، العملية التسلسلية، المهارات التحليلية) كلها ضعيفة أو مفقودة لدى الأطفال المصابين بالتوحد ، وأن الوظائف التي يعتقد أنها مسيطر عليها بنصف الكرة الأيمن للدماغ (المهارات البصرية، المكانية ، المعرفة من دون تحليل) هي أقرب إلى الوضع الطبيعي،وأن شذوذ اللغة التوحدية الموصوفة بالتجريدية والتكرارية والنوعية الأوتوماتيكية هي أيضا تدعم فرضية نصف الكرة الأيسر

للدماغ، وهذه الصفات مرتبطة بعمليات نصف الكرة الأيمن للدماغ، وبكلمات أخرى ، إن اللغة الموجودة لدى الأطفال التوحديين هي نتيجة لجهود نصف الكرة الأيمن للدماغ لتقوم بما هو مستطاع من دون دعم من نصف الكرة الأيسر للدماغ .

النظرية المعرفية للتوحد:

الأطفال المصابون بالتوحد لديهم مشكلات معرفية شديدة تؤثر في قدرتهم على التقليد والفهم والمرونة والإبداع لتشكيل وتطبيق القواعد والمبادئ واستعمال المعلومات ، وبعبارة أخرى فإنه النظريات المعرفية تفترض أن المشكلات المعرفية هي مشكلات أولية وتسبب مشكلات اجتماعية.

ويحاول العلماء المعرفيون إلقاء الضوء على العيوب المعرفية عند الأطفال التوحديين، ويرى بعضهم أن المشكلة الرئيسة هي في تغيير ودمج المدخلات من الحواس المختلفة، على سبيل المثال فإن من المعروف أن الأطفال التوحديين لديهم حساسية زائدة للأصوات، وبعضهم يسلكون وكأنهم صم (Deaf) والبعض يجفل لدى سماعه الأصوات العادية، وبالطريقة نفسها يمكن القول فيما يتعلق بالإدراك البصري ، توجد

بعض الأدلة بأن هذه الشذوذات الإدراكية تشكل الأساس لعدم الحساسية الاجتماعية للأطفال التوحديين.

وهناك تركيز على الإدراك الحسي يقول بأن العيب الرئيس للطفل التوحدي هو في فهم الأصوات، ومن وجهة النظر هذه ، فإن التوحد يقارن بالاضطرابات اللغوية مثل الحبسة الكلامية (Aphasia) وهي الفقدان أو الإعاقة النطقية كنتيجة لتلف الدماغ ، وتختلف عنها فقط في أن الطفل التوحدي لديه عيوب في فهم الأصوات المصاحبة لمشكلات إدراكية، إضافة إلى ذلك فإن نطق الأطفال التوحديين متخلف بشكل مبكر في تطور الاضطراب وواحد من الأعراض المعروفة له ، وهذا يدعم وجهة النظر القائلة إن التوحد يشتمل على إعاقة لغوية أولية متمثلة في نمط القدرات المعرفية للطفل التوحدي، ويقوم الأطفال التوحديون بمهمات حسية حركية أفضل ومهارة حركية بصرية وذاكرة موسيقية أكثر من المهمات المفاهيمية

وأخيرا ، فإن واحدة من أقوى الأدلة لهذه الوظيفة هي أن قدرة الطفل التوحدي هي واحدة من أقوى المؤشرات للاستفادة من البرامج العلاجية

وهنالك فرضية معرفية أخرى ترى أن الأطفال المصابين بالتوحد هم أطفال انتقائيون في انتباههم لأسباب تعزى لعيب إدراكي، فهم يستطيعون الاستجابة لمثير حسي واحد في وقت واحد (بصريا أو لمسياً أو غيرها)، والأدلة الاختيارية التطبيقية لدعم هذا التفسير جاءت من اختبار إيجاد الصور المخفية، فالأطفال التوحديون يجيدون مثل هذه الاختبارات لأنهم يركزون بشكل مباشر على كل جزء، ولا يتغير بسهولة بسبب الصورة الكلية إلا أنهم لا يقومون باشتقاق المعاني من المثيرات لأجزاء كثيرة، إن هذا النوع من الإعاقة يأخذ بالاعتبار النقص في الذكاء والتخلف الاجتماعي للطفل المصاب بالتوحد، وحسب رأي لوفاس (Lovaas) فإن التطور في الذكاء و النمو الاجتماعي للأطفال التوحديين هو أساس في قياس واسع لمثيرات مزدوجة من خلال عملية ظروف استجابة. كما تبرهن نظريات معرفية أخرى على أن التوحد ليس نتيجة منفردة لعيوب إدراكية رئيسة، ولكنه نتيجة لعيوب إدراكية متعددة، هذا الأمر أدى الى أنواع مهمة من العلاج التي تتطرق للعيوب المعرفية، وبعض المعالجين السلوكيين، علّموا الأطفال المصابين بالتوحد لغة الإشارة اعتمادا على استغلال حساسيتهم للحس والحركة وعدم حساسيتهم للكلام المنطوق، فيما حاول باحثون آخرون تطوير

معززات فعالة أكثر من المكافآت السمعية مثل قول المعالج"أحسنت"وغيرها.

نظرية العقل للتوحد:

واحدة من نظريات التوحد مفادها أن الأطفال التوحديين لديهم عيوب في نظرية العقل ، فكما تقول فريث بأن الإعاقة في الجوانب الاجتماعية والتواصلية والتخيلية التي يعاني منها الأفراد المصابين بالتوحد تأتي من الشذوذات الموجودة في الدماغ والتي تمنع المصاب من تكوين نظرية العقل ، والتي تقول ان الشخص المتوحد غير قادر على التنبؤ وشرح سلوك الآخرين من خلال حالاتهم العقلية، أو أنه لا يرى الأشياء من وجهة نظر الشخص المتفاعل معه، بينما الأشخاص الآخرون العاديون (غير المصابين بالتوحد) لديهم القدرة على الفهم الخاص أو الإحساس الخاص الذين يستطيعون من خلاله قراءة وتحليل أفكار الآخرين.

إن نظرية العقل أساسية لفهم وتفسير التنبؤ والتعامل مع سلوك الآخرين ، فمعظم الأطفال غير المصابين بالتوحد يظهرون إشارات لتطور نظرية العقل من عمر ١٨ شهرا من خلال الانشغال بلعب

رمزي واستعمال الأشياء لتمثل أشياء أخرى غير الشيء الذي تمثله ظاهرياً ، ومع عمر ثلاث سنوات يصبح هؤلاء الأطفال قادرين على فهم الفرق بين الحالات العقلية الخاصة بهم والحالات العقلية للآخرين ، ويبدو أنهم يفهمون ماذا يدرك الآخرون ويعرفون أن الأفراد يختلفون في ماذا يرون ، ويعرفون ويتوقعون ويفضلون ويريدون ،وذلك مع عمر أربع إلى خمس سنوات ، كما أنهم يفهمون المعتقدات الخاطئة ويدركون الفرق بين الظاهر والحقيقة ويفهمون مفاهيم الرغبة والتوتر ويفهمون بأن أفعال الأفراد تحدث نتيجة لأفكارهم ومعتقداتهم على عكس الأطفال المصابين بالتوحد.

محاور التوحد

الأطفال المرضى بالذاتوية يعانون، أيضا وبصورة شبه مؤكدة، من صعوبات في ثلاثة مجالات تطورية أساسية، هي : العلاقات الاجتماعية المتبادلة، واللغة، والسلوك .

ونظرا لاختلاف علامات وأعراض مرض التوحد من مريض إلى آخر، فمن المرجح أن يتصرف كل واحد من طفلين مختلفين، مع نفس

التشخيص الطبي، بطرق مختلفة جدا وان تكون لدى كل منهما مهارات مختلفة كليا.

ولكن حالات الذاتوية شديدة الخطورة تميز، في غالبية الحالات، بعدم القدرة المطلق على التواصل أو على إقامة علاقات متبادلة مع أشخاص آخرين.

وتظهر أعراضها عند الأطفال (لدى غالبيتهم)، في سن الرضاعة، بينما قد ينشأ أطفال آخرون ويتطورون بصورة طبيعية تماما خلال الأشهر، أو السنوات، الأولى من حياتهم لكنهم يصبحون، فجأة، منغلقين على أنفسهم، عدائيين أو يفقدون المهارات اللغوية التي اكتسبوها حتى تلك اللحظة. وبالرغم من أن كل طفل يعاني من أعراض الذاتوية يظهر طباعا وأنماطا خاصة به، إلا أن المميزات التالية هي الأكثر شيوعا لهذا النوع من الاضطراب:

- لا يكثر من الاتصال البصري المباشر
- غالبا ما يبدو أنه لا يسمع محدثه
- ينكمش على نفسه

- يبدو انه لا يدرك مشاعر وأحاسيس الآخرين
- يبدو أنه يحب أن يلعب لوحده، يتقوقع في عالمه الشخص الخاص به

المهارات اللغوية

يبدأ الكلام (نطق الكلمات) في سن متأخرة، مقارنة بالأطفال الآخرين ويفقد القدرة على قول كلمات أو جمل معينة كان يعرفها في السابق يقيم اتصالا بصريا حينما يريد شيئا ما يتحدث بصوت غريب، أو بنبرات وإيقاعات مختلفة، يتكلم باستعمال صوت غنائي وتيري أو بصوت يشبه صوت الإنسان الآلي (الروبوت)، ولا يستطيع المبادرة إلى محادثة أو الاستمرار في محادثة قائمة، وقد يكرر كلمات، عبارات أو مصطلحات، لكنه لا يعرف كيفية استعمالها.

السلوك

ينفذ حركات متكررة مثل، الهزاز، الدوران في دوائر أو التلويح باليدين، ينمي عادات وطقوسا يكررها دائما، واو يفقد سكينته لدى حصول أي تغير، حتى التغيير الأبسط أو الأصغر، في هذه العادات أو في الطقوس دائم الحركة يصاب بالذهول والانبهار من أجزاء معينة من الأغراض،

مثل دوران عجل في سيارة لعبة شديد الحساسية، بشكل مبالغ فيه، للضوء، للصوت أو للمس، لكنه غير قادر على الإحساس بالألم ويعاني الأطفال صغيري السن من صعوبات عندما يطلب منهم مشاركة تجاربهم مع الآخرين. وعند قراءة قصة لهم، على سبيل المثال، لا يستطيعون التأشير بإصبعهم على الصور في الكتاب. هذه المهارة الاجتماعية، التي تتطور في سن مبكرة جدا، ضرورية لتطوير مهارات لغوية واجتماعية في مرحلة لاحقة من النمو.

وكلما تقدم الأطفال في السن نحو مرحلة البلوغ، يمكن أن يصبح جزء منهم أكثر قدرة واستعدادا على الاختلاط والاندماج في البيئة الاجتماعية المحيطة، ومن الممكن أن يظهروا اضطرابات سلوكية اقل من تلك التي تميز مرض الذاتوية . حتى أن بعضهم، وخاصة أولئك منهم ذوي الاضطرابات الأقل حدة وخطورة، ينجح، في نهاية المطاف، في عيش حياة عادية أو نمط حياة قريبا من العادي والطبيعي.

وفي المقابل، تستمر لدى آخرين الصعوبات في المهارات اللغوية وفي العلاقات الاجتماعية المتبادلة، حتى أن بلوغهم يزيد، فقط، مشاكلهم السلوكية سوءا وترديا.

قسم من الأطفال، بطيئون في تعلم معلومات ومهارات جديدة. ويتمتع آخرون منهم بنسبة ذكاء طبيعية، أو حتى أعلى من أشخاص آخرين، عاديين. هؤلاء الأطفال يتعلمون بسرعة، لكنهم يعانون من مشاكل في الاتصال، في تطبيق أمور تعلموها في حياتهم اليومية وفي ملائمة / أقلمة أنفسهم للأوضاع والحالات الاجتماعية المتغيرة.

أنواع التوحد :

هناك خصائص ومظاهر سلوكية مشتركة يتصف بها ذوي اضطراب التوحد ، وفي المقابل فإنه لا يمكن لنا من ناحية عملية أن نجد نفس الخصائص لدى كل هؤلاء الأطفال ، وحتى إن وجدنا نفس الخصائص فإنها في الأغلب تختلف في طريقة ظهورها أو الدرجة والمستوى الحالي لها.

ولمعرفة هذه الخصائص لدى الأطفال فقد تم تصنيف أنماط ظهورها بهدف فهم أكثر لحالة كل طفل وما يمكن أن يقدم له من خدمات وبرامج علاجية لذلك صنف التوحد كما يلي:

١- التوحد التقليدي:

وهو ما يظهر لدى الأطفال في أعمار مبكرة ويكون لديهم مشكلات في التفاعل الاجتماعي ، والتواصل ، واللعب التخيلي.

٢- اضطراب ما يسمى بطيف التوحد

- ويشتمل على ما يلي :

أ- عرض اسبيرجر :

والذي يشتمل على ضعف نوعي في التفاعل الاجتماعي ، ولديه سلوكيات نمطية وتكرارية، وفي المقابل لا يوجد تأخر في اللغة أو التطوير المعرفي أو مهارات العناية الذاتية وتظهر المشكلات الاجتماعية عادة في سن المدرسة بشكل واضح حيث يكون هناك مشكلات في التفاعل وإظهار الانفعالات مع الأقران .

ب- اضطراب النمو الشامل غير المحدد:

والذي يشتمل على العديد من مظاهر التوحد ، ولكن في الأغلب يكون من الدرجة البسيطة وليس الشديدة أو الشاملة لكل جوانب الاضطراب ، ولعل أهم مظاهر الاضطراب لدى هؤلاء الأطفال تكمن في الجوانب الاجتماعية في المهارات اللفظية وغير اللفظية .

جـ- اضطراب الطفولة التحللي :

عادة لا يظهر الا بعد سنتين من عمر الطفل ، بعدها يبدأ بفقدان المهارات الأساسية ، وتصبح لديه حركات غير عادية ، ويصاحبه مشكلة في اللغة الاستقبالية والتعبيرية ، وتظهر مشكلات في المهارات الاجتماعية والسلوك التكيفي ، وكذلك في القدرة على تطوير علاقات صداقة مع الأقران ، ومشكلات في التواصل من خلال فقدان أو ضعف في اللغة المنطوقة ، ولدى الطفل سلوكيات نمطية وتكرار للنشاطات، ويصاحبه عادة إعاقة عقلية شديدة ، ولا يوجد لدى الطفل مشاكل عصبية.

د- عرض ريت:

ويظهر لدى الإناث عادة ، وأسبابه جينية عادة حيث أن النمو في البداية يكون طبيعيا في الجوانب الحركية ومحيط الرأس وبعد ذلك بطيء في نمو الرأس بين (٥-٤٨ شهرا) ويظهر قصور في استخدام اليدين بطريقة صحيحة وعدم القدرة على المشي بطريقة مناسبة ، وصعوبات في الجانب اللغوي سواء الاستيعابي أو التعبيري ، وكذلك يصاحبه عادة مشكلات عصبية ، وإعاقة عقلية شديدة ، وقصور في جانب العلاقات الاجتماعية . وتدهور في الحالة مع تقدم العمر.

أعراض التوحد

أحياناً يمكن أن تكون أعراض التَّوَحُّد أو الذاتوية ملحوظةً خلال الأشهر القليلة الأولى من حياة الطفل، وفي أحيان أخرى يمكن أن لا تظهر الأعراض قبل الثالثة من العمر.

بما أن التَّوَحُّد أو الذاتوية ليس اضطراباً محدداً، فمن الممكن أن تظهر لدى كل طفل مجموعة مختلفة من الأعراض. ولكن هناك علامات عامة يشترك فيها كثير من الأطفال الذين يجري تشخيص حالتهم في وقت لاحق. إلا أن وجود بعض هذه العلامات لا يعني بالضرورة أن الطفل مصاب بالتوحد .

ثمة علامات وأعراض كثيرة ينبغي على الأهل مراقبتها لأنها قد تشير إلى أن الطفل مصاب بالتوحد. وفيما يلي عشر علامات إنذار مبكرة يمكن للأهل أن يبحثوا عنها. وهي تشير إلى أن الطفل لا يتطور بشكل طبيعي .

١.في العادة يستجيب الطفل إلى أصوات أفراد عائلته ويلتفت إلى هذه الأصوات خلال الأشهر الأولى من عمره. أما إذا كان الطفل لا يستجيب إلى هذه الأصوات معظم الوقت، فقد يدعو هذا إلى القلق. في بعض الأحيان يقوم الطفل الذي لا يستجيب على نحو سليم بتجاهل الأصوات المألوفة والاستجابة إلى أصوات أخرى ضمن محيطه.

٢.في العادة يكون الطفل في عمر السنة قادراً على مشاركة شخص ما في النظر إلى شيء معين. مثلاً، إذا أشار الشخص إلى شيء من الأشياء فإن الطفل سوف ينظر إلى الشيء نفسه ويهتم به. كما أن الأطفال الذين يكون تطورهم طبيعياً غالباً ما يحاولون لفت انتباه الآخرين إلى الأشياء التي تهمهم. إن غياب الاهتمام المشترك مع الآخرين قد يكون علامة على وجود خلل.

٣.في العادة يقوم الأطفال بتقليد الأشخاص المحيطين بهم. إن الأطفال الذين يكون تطورهم طبيعياً يقلدون تعبيرات الوجه وحركات اليدين، بل حتى حركات الجسم. أما الأطفال المصابون بالتَّوَحُّد أو الذاتوية فهم نادراً ما يقلّدون الآخرين.

٤.قد لا يستجيب الأطفال المصابون بالتوحد لمشاعر الآخرين. عندما يرى الطفل المصاب بالتوحد شخصاً في حالة غضب أو بكاء، فقد لا يستجيب لذلك إطلاقاً. أما الطفل الطبيعي فهو يستجيب عادة لمشاعر الآخرين بطريقة من الطرق. يمكن مثلاً أن يحاول مواساة الشخص، أو يمكن أن يظهر عليه الغضب هو أيضاً.

٥.إن أطفال التَّوَحُّد أو الذاتوية نادراً ما يتظاهرون بأنهم يلعبون. ويمكن للطفل المصاب بالتوحد أن يلعب بشيء من خلال لمسه أو تحريكه، ولكنه لا يتفاعل معه بطريقة تخيلية. مثلاً، يمكن للطفل المصاب بالتوحد أن يمسك لعبة على شكل طائرة ويلهو بها بطريقة لا معنى لها. أما الطفل الطبيعي فيمكن أن يُمثّل أن الطائرة تطير ويتفاعل معها بطريقة تخيلية.

٦.يمكن أن يكون تطور الطفل طبيعياً، وفجأة يفقد اللغة أو المهارات الاجتماعية. فمثلاً، يمكن أن يصبح الطفل المصاب بالتوحد فجأة عاجزاً عن تشكيل الجمل أو عن استخدام بعض المفردات كما كان يفعل من قبل.

٧.قد تكون الحركات الجسدية للمصاب بالتَّوَحُّد أو الذاتوية غير طبيعية. يمكن أن يواصل الانتقال من مكان إلى آخر وأن يجد صعوبة في البقاء ساكناً. ويمكن أيضاً أن يقوم بحركات متكررة مثل التأرجح إلى الأمام والخلف، أو التصفيق، أو الرفرفة بذراعيه.

٨.يمكن أن تكون استجابة الطفل المصاب بالتوحد غير طبيعية تجاه الألم أو الضوء أو الصوت أو اللمس. وقد لا تكون استجابة الطفل المصاب بالتوحد للألم طبيعية، فمن الممكن أن يبدو قليل الشعور بالألم، ولكن الضجيج المرتفع يمكن أن يزعجه، بل يمكن أن يسبب له الألم أيضاً.

٩.يمكن أن يغضب الطفل المصاب بالتوحد إذا تغير نظام حياته اليومي. بل إن أبسط التغيرات يمكن أن تصيبه بغضب شديد. قد لا يكون

الطفل الطبيعي مسروراً بتغيير نظام حياته اليومي، لكنه يكون دائماً ميالاً إلى التكيّف.

١٠. يعاني الأطفال المصاب بالتوحد أو الذاتوية من مزاج متطرف. فقد يظهرون عدوانية شديدة تجاه الآخرين أو حتى تجاه أنفسهم. ويمكن أيضاً أن تكون استجاباتهم مفرطة في النشاط أو مفرطة في السلبية.

كيف يعرف الطفل المصاب بالتوحد:

(١) اضطراب عملية الكلام، أو عدم الكلام مطلقا: فالطفل الذي يعاني من التوحد قد لا يتكلم، وإذا تكلم فإن كلامه يكون غريبا وغير مفهوم أحيانا، ولا يقلد الآخرين في كلامه كما يفعل الأطفال الأسوياء.

(٢) الابتعاد عن إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين ، وعدم الرغبة في مصاحبتهم، أو تلقي الحب و العطف منهم حتى لو كان هذا الحب وذلك العطف من الوالدين، وخاصة الأم، كما يظل الطفل التوحدي ساكنا لا يطلب من أحد الاهتمام به، وإذا ابتسم فإنه يبتسم

للأشياء دون الناس ، ويرفض الملاطفة والمداعبة ، ويعمل على تجنبهما.

(٣) ظهور الطفل التوحدي بمظهر الحزين، دون أن يعي ذلك.

(٤) إظهار الطفل التوحدي للسلوك النمطي الذي يتصف بالتكرار، وخاصة في اللعب ببعض الأدوات ، أو تحريك الجسم بشكل معين، وبدون توقف، وبدون الشعور بالملل أو الإعياء.

(٥) اضطراب النمو العقلي للطفل التوحدي في بعض المجالات ، وظهور تفوق ملحوظ لديه أحيانا في مجالات أخرى. كما يبدو لدى بعض الأطفال التوحديين في بعض الأحيان أنهم يملكون مهارات ميكانيكية عالية، مثل معرفة طرق الإنارة، وتشغيل الأقفال، وإجادة عمليات فك الأجهزة و تركيبها بسرعة و مهارة.

(٦) كثرة الحركة، أو الميل للجمود، وعدم الحركة، و العزلة عمن حوله حسيا وحركيا.

(٧) عدم الإحساس الظاهر بالألم، وعدم تقدير الطفل التوحدي للمخاطر التي قد يتعرض لها، بالرغم مما قد يلحق به من أذى.

(٨) ظهور الطفل التوحدي بمظهر يختلف عن الأطفال الآخرين ، مع سرعة الانفعال عندما يتدخل شخص ما في شؤونه، ويثور فجأة ، خاصة عند الأطفال التوحديين الذين لا تتجاوز أعمارهم الخمس سنوات.

(٩) الاستجابة بشكل غير طبيعي لبعض المثيرات من قبل الطفل التوحدي، وكأنه مصاب بالصمم، في حين قد يستجيب لبعض الأصوات بشكل مبالغ فيه.

بعض صفات مرضى التوحد :

أ. أطفـال التوحد لديهم ذكـاء طبيعي:

أن الأطفال المصابين بالتوحد لديهم ذكاء طبيعي إلا أنهم ببساطة عاجزون عن توصيله للآخرين وذلك نتيجة للصعوبات الاجتماعية وصعوبات التواصل لديهم ، وعندما يتم اختبار الذكاء (IQ) لديهم وجد أن ثلثي التوحديين يحصلون على درجات أدنى من المتوسط أو أن لديهم عدم قدرة أو عجز في الذكاء و هذا يعني أنه لديهم عائق أو إعاقة عقلية بجانب التوحد حيث أن ٧٠% من التوحديين لديهم تخلف عقلي أما الثلث المتبقي له نسبة ذكاء في المدى العادي والطبيعي وحقيقة فان

التوحد يمكن أن يحدث عند أية نقطة على طيف الذكاء (أي من عدم قدرة أو عجز حاد في الذكاء إلى الذكاء العادي والطبيعي).

ب . السلوك الاجتماعي في التوحد:

إن أحد أبرز خصائص وأعراض التوحّد هو السلبية في السلوك الاجتماعي . وقد شرحت الكثير من التقارير التي كتبها الوالدان والبحوث هذه المشكلة ورأي الكثيرون أن ذلك هو مفتاح تحديد خاصية التوحد ويمكن تصنيف المشكلات الاجتماعية إلى المنعزل اجتماعيا ، والغير مبالي اجتماعيا .

١.المنعزل اجتماعيا:

يتجنب هؤلاء الأفراد فعليا كل أنواع التفاعل الاجتماعي . والاستجابة الأكثر شيوعا هي الغضب و / أو الهروب بعيدا عندما يحاول أحد الناس التعامل معهم . وبعضهم مثل الأطفال يحنون ظهورهم ممن يقدم لهم المساعدة لتجنب الاحتكاك ولسنين عديدة ظل الاعتقاد السائد بأن هذا النوع من رد الفعل لبيئتهم الاجتماعية يشير إلى أن الأفراد التوحديين لا يحبون أو أنهم أناس مذعورون . وتنص نظرية

أخرى تعتمد على المقابلات الشخصية مع البالغين التوحديين أن المشكلة قد تكون بسبب فرط الحساسية لمؤثرات حسية معينة . فمثلاً يقول البعض أن صوت الأبوين يؤلم أذنيه ، وبعضهم يصف رائحة عطر والديه أو الكولونيا التي يستعملانها بأنها كريهة والآخرون يقولون بأنهم يتألمون عندما يلامسهم أحد أو يمسكهم.

٢.الغير مبالي اجتماعيا :

إن الأفراد الذين يوصفون بأنهم وسط اجتماعي لا يسعون للتفاعل الاجتماعي مع الآخرين) مالم يريدوا شيئا) ولا يتجنبون المواقف الاجتماعية بفعالية . فلا يبدو أنهم يكرهون الاختلاط مع الناس ولكن في نفس الوقت لا يجدون بأساً في الخلو مع أنفسهم ويعتقد بأن هذا النوع من السلوك الاجتماعي شائع لدى أغلبية الأفراد التوحديين.

وتقول إحدى النظريات بأن الأفراد التوحديين لا يجدون سعادة " كيمائية حيوية " في الاختلاط مع الناس . وقد أوضح البحث الذي أجراه البروفيسور جاك بانكسيب في جامعة بولنغ غرين بولاية أوهايو أن مــادة بيتا – إندورفين " beta endorphins " وهي مادة في

باطن الدماغ تشبه الأفيون تنتشر في الحيوان أثناء السلوك الاجتماعي إضافة لذلك ، هناك دليل على أن مستويات مادة بيتا - إندورفين عالية لدى الأفراد التوحديين لذلك فهم لا يحتاجون للجوء إلى التفاعل والاختلاط الاجتماعي من أجل المتعة . وأوضح بحث أجري على دواء نالتريكسون (naltrexone) الذي يوقف عمل مادة بيتا - اندورفين بأنه يزيد من السلوك الاجتماعي" .

جـ. المهارات التي يقوم بها أطفال التوحد ببراعة:

بعض أطفال التوحد لهم مهارات استثنائية في المجالات مثل الموسيقى ، و الذاكرة الخارقة ، والرياضيات والمهارات الحركية على سبيل المثال : بعضهم يمكن أن يحسب اليوم من الأسبوع لأي تاريخ معين وآخرون يمكنهم أن يتذكروا ويغنون أغنية بشكل مشابه تماما للأغنية الأصلية التي تم الاستماع إليها وبالرغم من هذا فليس جميع الأطفال التوحديين لديهم هذا النوع من المهارات.

ثانيا: أساليب تعليم التوحديين :

إن أساليب التعلم هو مفهوم يحاول وصف الطرق التي يحصل بها الناس على معلومات عن البيئة المحيطة بهم . فالناس يمكن أن يتعلموا عن طريق النظر والسمع أو عن طريق لمس أو توقع شيء سريعا . فمثلا النظر إلى كتاب مصور أو قراءة كتاب مصور أو قراءة كتاب نصوص يتطلب التعلم عن طريق النظر أو الاستماع إلى محاضرة حية أو على شريط فيديو يتطلب التعلم عن طريق الاستماع وأن الضغط على الأزرار لمعرفة كيفية تشغيل الفيديو يتطلب التعلم . بصفة عامة يتعلم معظم الناس مستخدمين اثنين أو ثلاثة من طرق التعلم . ومن المهم أن الناس يمكنهم تقييم مصالحهم الخاصة وطرق حياتهم لتحديد الطرق التي يحصلون بها على كثير من معلوماتهم عن بيئتهم . ويشير الدكتور ستيفن ايديلسون أنه عندما يقرأ كتابا يمكنه بسهولة أن يفهم النص . وفي المقابل يصعب عليه الاستماع إلى تسجيل شريط صوتي لذلك الكتاب - إذ لا يمكنه متابعة سير القصة . وهكذا فهو أكثر تعلما عن طريق النظر، ومتوسط ويمكن أن يكون ضعيفا في التعلم عن طريق السماع .

وفيما يتعلق بالتعلم السريع فهو جيد جداً في أخذ الأشياء جانبا لتعلم كيفية عملها مثل المكنسة الكهربائية أو الكمبيوتر

وقد تؤثر طريقة الإنسان في التعلم على حسن أدائه في أي عرض تعليمي خاصة من المرحلة الابتدائية للثانوية ثم الكلية . وتتطلب المدارس عادة كلاًّ من التعلم السمعي (الاستماع للمعلم) والتعلم المرئي (قراءة كتاب مثلاً)

وإذا كان الواحد ضعيفا في إحدى هاتين الطريقتين من مصادر التعليم فسيعتمد بصورة أكبر على قوته (فمثلاً المتعلم عن طريق النظر قد يدرس نص الكتاب أكثر من الاعتماد على محتوى المحاضرة) .. وباستخدام هذا المنطق فإن الشخص الضعيف في كلتا الطريقتين البصرية والسمعية قد يواجه صعوبة في المدرسة . إضافة لذلك فإن طريقة التعلم تواجه صعوبة في المدرسة . والأكثر من ذلك فإن طريقة تعلم الشخص قد تصاحبها مهنته الخاصة به . فمثلاً نجد الأفراد النشطين في التعلم يميلون إلى المهن التي يشغلون فيها أيديهم مثل تنظيم الرفوف أو الميكانيكا أو الجراحة أو النحت . أما الذين يتعلمون عن طريق المشاهدة فقد يميلون إلى المهن التي يستعملون فيها معالجة المعلومات المرئية مثل

معالجة المعلومات أو الفن أو المعمار أو تصنيف القطع المصنعة . إضافة إلى ذلك فإن الذين يتعلمون بالسماع قد يميلون إلى المهن التي تتطلب التعامل مع المعلومات المسموعة مثل البائعين والقضاة والموسيقيين والمشغلين . و يبدو أن الأفراد التوحديين يميلون أكثر للاعتماد على أسلوب واحد للتعلم وبملاحظة الشخص قد يستطيع المرء تحديد أسلوب تعلمه فمثلاً إذا كان الطفل التوحدي يستمتع بالنظر إلى الكتب (صور الكتب مثلاً) ومشاهدة التلفزيون (بصوت أو بدون صوت) ويميل إلى إمعان النظر في الناس والأشياء فإنه قد يكون متعلماً بالمشاهدة.

وإذا كان الطفل التوحدي يتكلم بصورة زائدة ويستمتع بكلام الناس معه ويفضل الاستماع إلى الراديو أو الموسيقي فقد يكون متعلما بالسماع أما إذا كان الطفل التوحدي باستمرار يأخذ الأشياء ويفرزها جانبا ويفتح ويغلق الأدراج ويضغط على الأزرار فقد يتضح من ذلك أنه نشط أو يتعلم بالممارسة اليدوية و بمجرد تحديد طريقة تعلم الشخص فإن الاعتماد بعد ذلك على هذه الوسيلة للتعليم يمكن أن تزيد إمكانية تعلمه بشكل كبير جداً وإذا كان الشخص غير متأكد من أية طريقة

من الطرق يتعلم بها الطفل أو يعلم مجموعة بطرق تعليم مختلفة فإن أفضل طرق التعليم يمكن أن تكون بإستعمال الأساليب (الطرق) الثلاثة معا. فمثلاً عند تدريس معنى كلمة (جلي) يمكن للواحد أن يعرض عبوة وقارورة جلي (تعليم بصري) ، ويصف خصائصه مثل لونه وتركيبه واستعماله (تعليم سمعي) ، وبعد ذلك يدع الشخص يلمسه ويتذوقه (تعليم حركي) إن إحدى المشكلات الشائعة لدى الأطفال التوحديين هي الركض داخل حجرة الدراسة وعدم الإصغاء للمعلم . فهذا الطفل قد لا يتعلم بالسماع ولهذا فإنه لا يصغي لكلام المعلم . فإذا كان الطفل حركي التعليم ، يمكن للأستاذ أن يضع يديه على كتفي هذا الطفل ويوجهه إلى كرسيه أو ويريه كرسيه أو يسلمه صورة كرسي ويومئ له بالجلوس . وإن تدريس طريقة تعليم الطالب قد تترك أثراً على إمكانية أو عدم إمكانية إصغائه للمعلومات المقدمة ومعالجتها . وهذا بدوره يمكن أن يؤثر على أداء الطفل في المدرسة إضافة إلى سلوكه . لذا فإنه من المهم أن يحدّد المعلمون طريقة التعليم فور دخول الطفل التوحدي إلى المدرسة وأن يكيفوا طرق تدريسهم حسب قدرات الطالب وهذا سيضمن الفرصة الأكبر للطفل التوحدي للنجاح في المدرسة .

ثالثا: دمج الأطفال التوحدين

نماذج الدمج للأطفال التوحديين

بوجه عام ، فإن دمج الأطفال المصابين بالتوحد مع من يماثلونهم في العمر الزمني، تم وفق النماذج التالية:

النموذج الأول:

يشمل التحاق الأطفال المصابين بالتوحد ببرامج الأطفال العاديين ، وهو النموذج التقليديTraditional ، والمألوف في برامج التربية الخاصة في معظم الدول. وهو ما يتبع مع الأطفال في سن ما قبل المدرسة ، وحيث يهتم بإلحاق الأطفال المصابين بالتوحد بالحضانات ورياض الأطفال العادية.

وهذا النموذج يلبي حاجات الأطفال المصابين بالتوحد بشكل أفضل فالحضانات ورياض الأطفال تنتشر في المجتمعات، والآباء يألفون ويدعمون مبدأ رعاية الأطفال ، والمعلمات في الحضانات ورياض

الأطفال يقمن بالتركيز على الأنشطة والبرامج النمائية لمرحلة الطفولة، والتي تعتبر أساسيات بالنسبة للخدمات الخاصة بالأطفال التوحديين.

وتحتاج هذه الحضانات إلى دعم متواصل من خلال:

- تدريب الكوادر وتقديم الخدمات الاستشارية.

- سن التشريعات الخاصة بتنظيم إجراءات الدمج، وزيادة مستوى وعي الإداريين بالعوائد المتوقعة من دمج الأطفال المصابين بالعوق مع الأطفال العاديين.

النموذج الثاني:

ويشمل تعليم الأطفال العاديين في فصول ومدارس تم تصميمها لتدريس الأطفال المصابين بالتوحد ، وتفاوت نسبة الأطفال المصابين بالتوحد إلى الأطفال العاديين من مدرسة إلى أخرى فهي أحياناً متساوية .... وأحياناً بواقع ٨٠% من الأطفال المصابين بالتوحد إلى ٢٠% أطفال عاديين.

النموذج الثالث:

وقد ظهر مؤخراً توجه جديد في الدمج يعرف بمبادرة التربية العامة في بعض الدول، كما يعرف أيضاً بمدرسة الجميع ، أو المدرسة التي لا تستثني أحد في دول أخرى.

وبصفة عامة ينادي أنصار هذا النموذج إلى إلغاء النظام التربوي الثنائي (تربية خاصة / تربية عامة) ودمجها في نظام أحادي يلبي احتياجات جميع المتعلمين.

وسائط الدمج مع أطفال التوحد:

١- دمج الأطفال من ذوي الاضطرابات الانفعالية البسيطة في الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية، حيث يتلقى هؤلاء الأطفال البرامج التربوية المناسبة لهم في الصفوف الخاصة، مع الاستعانة ما أمكن بالوسائل المتوافرة في غرفة المصادر Resource Room ، وبتهيئة الجو المدرسي العادي في المدرسة العادية.

٢- دمج الأطفال من ذوي الاضطرابات الانفعالية البسيطة في الصف العادي في المدرسة العادية، على أساس قيام هؤلاء الأطفال بدراسة البرامج والمناهج المقدمة للأطفال العاديين في الصفوف العادية، مع الأخذ بعين الاعتبار متطلبات هؤلاء الأطفال في الصف العادي.

المراجع

-بريان جون اوتول: دليل لخدمات التأهيل في المجتمعات المحلية سلسلة إرشادات في التربية الخاصة رقم (٨) اليونسكو ١٩٩١م.

-بيتر ميتلز، هيلي ميتلز وهيلين ماك كوتاكي: خطوط توجيهية للمشاركة بين المهنيين ووالدي الأطفال والشباب المعوقين. سلسلة إرشادات في التربية الخاصة رقم (٢) اليونسكو ١٩٨٦م.

-الحمدان ، عبدالله والسرطاوي ، عبدالعزيز. "غرفة المصادر ودورها في تحسين الخدمات مقدمة للأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة". مجلة البحوث التربوية، جامعة الملك سعود، العدد رقم ٤٠ (١٩٨٧م).

-دكتور يوسف القريوتي، دكتور عبد العزيز السرطاوي ، ودكتور جميل العماري :المدخل إلى التربية الخاصة- دبي - الإمارات العربية المتحدة - دار القلم للنشر والتوزيع (١٩٩٨م)

-السرطاوي ، زيدان ، السرطاوي، عبدالعزيز، وجرار، جلال.
"التعرف على آراء المعلمين والمديرين في مدينة الرياض حول أنماط الخدمة التربوية المناسبة للمعوقين ودمجهم" مركز البحوث التربوية ، جامعة الملك سعود، الرياض، (١٩٨٨م).

- السرطاوي، زيدان. العبد الجبار،عبد العزيز. الشخص ،عبد العزيز (٢٠٠٠). الدمج الشامل لذوي الاحتياجات الخاصة. مفهومه وخلفيته النظرية. مكتبة دار الكتاب الجامعي، العين، الإمارات.

-صادق ، أ. فاروق محمد صادق . من الدمج الى التآلف والاستيعاب الكامل . ندوة دمج الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة في دول مجلس التعاون الخليجي . البحرين /٢-٤ مارس ١٩٩٨.

-عادل كمال خضر: دمج الأطفال المعاقين في المدارس العادية، مجلة علم النفس، العدد٣٤ ، القاهرة ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، ٢٩٩٥م

-عبد الغفور، محمد، (١٩٩٩)، دراسة استطلاعية لاتجاهات وآراء المدرسين والإداريين في التعليم العام نحو إدماج الأطفال غير العاديين، مجلة مركز البحوث التربوية، العدد ١٥

-عبدالجبار، عبدالعزيز، و مسعود، وائل. "استقصاء آراء المدراء والمعلمين في المدارس العادية حول برامج الدمج." مركز البحوث التربوية، جامعة الملك سعود،الرياض، (٢٠٠١م).

-فتحي السيد عبد الرحيم : سيكولوجية الأطفال غير العادين ، ط٢، الكويت ، ١٩٨٢م .

-لسياغي، خديجة محمد أحمد، (٢٠٠٣)، الكفايات اللازمة للمعلم في ظل نظام دمج ذوي الاحتياجات الخاصة في مدارس العاديين، مجلة بحوث جامعة تعز، سلسلة الآداب والعلوم إنسانية، العدد ٤، اليمن.

-محمد قاسم عبدالله، الطفل التوحدي أو الذاتوي الإنطواء حول الذات ومعالجته.

-ملك أحمد عبد العزيز: مدى فاعلية برنامج الدمج في تحسين بعض جوانب السلوك ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية / جامعة عين الشمس.

-الموسى ، ناصر. " دمج الأطفال المعاقين بصرياً في المدارس العادية، طبيعته وبرامجه ومبرراته" ، مركز البحوث التربوية ، جامعه الملك سعود ،الرياض، (١٩٩٣م).

-هارون ، د. صالح عبد الله هارون (٢٠٠٠) . تدريس ذوي الاعاقات البسيطة في الفصل العادي .دار الزهراء .

- هيتنغ راي وميريام سيكورتن: الأطفال المصابون بشلل دماغي الهيئة المصرية العامة للكتاب العدد(٢٣)١٩٩٢م.

-اليونسكو : تقديم المعونة للتلاميذ المعاقين في المدارس العادية استراتيجيات لتدريب المعلمين ، ١٩٨٥م.

المحتويات

Inv:2162

Date:16/2/2016

أساسيات

الدمج التربوي





دار أمجد للنشر والتوزيع

جوال :
٠٠٩٦٢٧٩٦٩١٤٦٣٢
٠٠٩٦٢٧٩٩٢٩١٧٠٢
٠٠٩٦٢٧٩٦٨٠٣٦٧٠

هاتف :٤٦٥٢٢٧٢ ٠٠٩٦٢٦

فاكس:٤٦٥٣٣٧٢ ٠٠٩٦٢٦

dar.almajd@hotmail.com

dar.amjad2014dp@yahoo.com

عمان - الأردن - وسط البلد- مجمع الفحيص - الطابق الثالث

